

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Навчально-науковий інститут новітніх освітніх технологій
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

МАТВЄЄВ ВЛАДИСЛАВ ВОЛОДИМИРОВИЧ

Публічне управління розвитком сфери охорони здоров'я регіону

спеціальність 281 Публічне управління та адміністрування
освітньо-професійна програма – Публічне управління та адміністрування
Кваліфікаційна робота

Виконав студент групи ПУАзм-21
Матвєєв Владислав Володимирович

Науковий керівник:
д.е.н., професор Монастирський Григорій
Леонардович

ТЕРНОПІЛЬ – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1	8
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	8
1.1. Сутність та особливості публічного управління в сфері охорони здоров'я ..	8
1.2. Зарубіжний досвід публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я на регіональному рівні	14
РОЗДІЛ 2	18
АНАЛІЗ СТАНУ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ.....	18
2.1. Характеристика системи охорони здоров'я Житомирської області	18
2.2. Оцінка ефективності публічного управління сферою охорони здоров'я в регіоні	21
РОЗДІЛ 3	33
НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ.....	33
3.1. Стратегічні пріоритети розвитку сфери охорони здоров'я Житомирської області.....	33
3.2. Механізми підвищення ефективності публічного управління сферою охорони здоров'я в регіоні	38
ВИСНОВКИ	49
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	52

ВСТУП

Актуальність теми. Публічне управління розвитком сфери охорони здоров'я регіону в умовах децентралізації, воєнного стану та післявоєнного відновлення набуває стратегічного значення, оскільки безпосередньо впливає на стан людського потенціалу, соціальну безпеку та якість життя населення. Реформування системи фінансування через запровадження принципу «гроші йдуть за пацієнтом», діяльність Національної служби здоров'я України як єдиного національного закупівельника медичних послуг, розвиток електронної системи охорони здоров'я eHealth та посилення повноважень органів місцевого самоврядування зумовлюють потребу в нових підходах до організації, координації та оцінювання ефективності публічного управління на регіональному рівні. Для таких регіонів, як Житомирська область, що зазнали значних демографічних, інфраструктурних та безпекових втрат, особливої актуальності набуває пошук збалансованої моделі управління сферою охорони здоров'я, здатної поєднувати цілі стійкого розвитку, відновлення та забезпечення доступності медичної допомоги для всіх груп населення.

Науково-теоретичне підґрунтя дослідження формують праці вітчизняних та зарубіжних учених, які розкривають зміст, принципи й механізми публічного управління, а також особливості модернізації системи охорони здоров'я в умовах децентралізації та євроінтеграції. У працях Р. Августина, І. Демків та О. Стахова, присвячених стратегічним пріоритетам системного розвитку та управлінню кадровим потенціалом закладів охорони здоров'я, сформовано концептуальні підходи до адаптивного управління й розвитку інтелектуально-кадрових ресурсів, що є важливим підґрунтям для дослідження публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я регіону [1, 2]. М. Шкільняк, К. Дерпак та Ю. Дерпак досліджують теоретико-методологічні засади державної економічної та соціальної політики, проблеми інституційного забезпечення реформ і особливості формування сучасних моделей публічного управління, що створює важливе підґрунтя для осмислення реформ у сфері охорони здоров'я на

регіональному рівні [41]. Праці А. Васиної, Г. Монастирського, Л. Круп'як та Т. Копестинського зосереджені на дослідженні сучасних викликів публічному управлінню й місцевому самоврядуванню та пошуку інструментів підвищення ефективності управлінських рішень в умовах цифровізації й воєнного стану [5, 26]. Попри наявність вагомого наукового доробку, низка питань, пов'язаних із публічним управлінням розвитком сфери охорони здоров'я саме на регіональному рівні, залишається недостатньо дослідженою.

Мета і завдання дослідження. Метою магістерської роботи є обґрунтування теоретико-методологічних засад і розроблення практичних рекомендацій щодо вдосконалення публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я регіону на прикладі Житомирської області.

Для досягнення поставленої мети були поставлені наступні **завдання**:

1. Уточнити сутність і зміст публічного управління у сфері охорони здоров'я, визначити його ключові принципи, суб'єктів та функції в умовах децентралізації.

2. Проаналізувати нормативно-правову базу, що регулює публічне управління сферою охорони здоров'я в Україні, з урахуванням регіонального рівня.

3. Дослідити зарубіжний досвід публічного управління розвитком охорони здоров'я, виявити практики, що можуть бути адаптовані в Україні.

4. Оцінити стан і тенденції розвитку сфери охорони здоров'я Житомирської області, зокрема ефективність діяльності органів публічного управління.

5. Визначити проблеми, ризики та виклики, що гальмують розвиток регіональної системи охорони здоров'я.

6. Сформувати стратегічні напрями та механізми удосконалення публічного управління, спрямовані на підвищення ефективності та якості надання медичних послуг у регіоні.

7. Розробити рекомендації щодо впровадження інноваційних підходів (цифрових, партнерських, громадсько-орієнтованих) у систему публічного управління розвитком охорони здоров'я Житомирської області.

Об'єкт дослідження: процеси публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я на регіональному рівні.

Предмет дослідження: механізми, інструменти та організаційно-управлінські підходи, що забезпечують ефективність розвитку сфери охорони здоров'я в регіоні (на прикладі Житомирської області).

Методи дослідження. У процесі виконання магістерської роботи використано комплекс взаємопов'язаних загальнонаукових, спеціальних та емпіричних методів дослідження, що забезпечили досягнення поставленої мети та розв'язання завдань.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що результати проведеного дослідження можуть бути в подальшому використанні з метою комплексного поліпшення системи публічного управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні.

Апробація. За результатами дослідження опубліковано 8 тез та 1 стаття у фаховому збірнику категорії «Б»:

1. Вербовський І. А., Матвєєв В. В. Шляхи вдосконалення впливу цифровізації на ефективність державного управління в Україні. *Економіка. Управління. Інновації*. 2025. № 1 (36). С. 87–106. URL: <https://eprints.zu.edu.ua/44328/>

2. Матвєєв В. Громадський контроль якості медичних послуг як важливий інструмент ефективного державного регулювання: аналіз обізнаності та думки медиків і пацієнтів щодо тенденцій та викликів в Україні та закордоном. *Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні*, 2024. С.253-256. URL: <https://conference.wunu.edu.ua/index.php/itvmpu/article/view/663>.

3. Матвєєв В.В., Монастирський Г.Л. SWOT-аналіз системи охорони здоров'я Житомирської області: виклики та можливості для інклюзивного суспільства. *Матеріали XII Міжнародної науково-практичної Інтернет-конференції*, 24 квітня 2025 р. Полтава: Національний університет імені Юрія Кондратюка, 2025. С. 239-241.

4. Матвєєв В. Законодавче регулювання та організаційні механізми забезпечення якості медичних послуг на регіональному рівні. *Наука і молодь - 2025: пріоритетні напрями глобалізаційних змін: матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції здобувачів вищої освіти і молодих учених* (м. Київ, 23 квітня 2025 р.). Випуск 10. К.: Навчально-науковий інститут менеджменту та психології ДЗВО «Університет менеджменту освіти», 2025. С. 404-406. URL: <http://umo.edu.ua/materiali-konferencij-nimp/materiali-v-mizhnarodnoji-naukovo-praktichnoji-konferenciji-23-kvitnja-2025-r-m-kijiv-nauka-i-molodj--2025-prioritetni-naprjami-ghlobalizacijnikh-zmin>

5. Матвєєв В., Монастирський Г. Публічна політика розвитку охорони здоров'я регіону: стратегічні напрями та інструменти реалізації. *Збірник наукових праць студентів, магістрантів та викладачів «Науковий пошук молодих дослідників»*. Випуск 18. 2025. С. 494-498. URL: <https://eprints.zu.edu.ua/id/eprint/44884>.

6. Матвєєв В., Вербовський І. Міжгалузеве співробітництво як чинник підвищення якості управління здоров'ям населення регіону. *Збірник тез доповідей наукової конференції викладачів та молодих науковців Житомирського державного університету імені Івана Франка з нагоди Днів науки*, 16-17 трав. 2025 р. Житомир : Житомир. держ. ун-т ім. І. Франка, 2025. С. 548-552. URL: <https://eprints.zu.edu.ua/44668/>

7. Матвєєв В.В. Роль кризового менеджменту в публічному управлінні охороною здоров'я регіону (на прикладі пандемій та воєнного часу). *Science and Information Technologies in the Modern World: of the 2nd International Scientific and Practical Conference*. Афіни, 2025. С. 370–373. URL: <https://isu-conference.com/en/archive/science-and-information-technologies-in-the-modern-world-21-05-25/>.

8. Matvieiev V. State and prospects of development of rehabilitation assistance in the Zhytomyr region. *Global Trends in Science: Research, Innovation and Development: 1st International Scientific and Practical Conference*. Varna, 2025. P.

176-179. URL: <https://www.eoss-conf.com/en/archive/global-trends-in-science-research-innovation-and-development-23-06-25/>

9. Матвеев В. Зарубіжний досвід децентрації управління системою охорони здоров'я. *Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів : матеріали VI Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар.*, 15 трав. 2025 р. Збараж, 2025.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутність та особливості публічного управління в сфері охорони здоров'я

Для проведення належної оцінки сутності публічного управління в охороні здоров'я необхідно прослідкувати логіку понятійного та методологічного переходу від поняття «публічне управління» до його специфіки у сфері охорони здоров'я. У сучасних умовах активної трансформації державного управління публічне управління виступає ключовим механізмом забезпечення ефективної взаємодії державних інститутів, органів місцевого самоврядування та громадянського суспільства. Особливої значущості воно набуває у сфері охорони здоров'я, де результативність управлінських рішень безпосередньо впливає на рівень життя населення, соціальну безпеку та національну конкурентоспроможність держави.

Поняття та сутність публічного управління варто розглянути в ракурсі прийнятних дефініцій. Проаналізувавши наукові праці О. Марухленко, можна сказати, що публічне управління – інституційно оформлена система ролей і рольових відносин, у межах якої суб'єкти публічної влади спрямовують людські й матеріальні ресурси на досягнення публічних цілей та вирішення суспільно значущих проблем на різних рівнях влади [17]. О. Вольська у своїх працях зазначає, що публічне управління – це багатогранне поняття, що охоплює державне управління та місцеве самоврядування і репрезентує цілий науковий напрям, у межах якого публічні, місцеві й некомерційні структури створюються для задоволення суспільних інтересів і розв'язання колективних проблем [7]. Отже, публічне управління - це демократично орієнтована система організації влади та забезпечення її реалізації, що передбачає взаємодію держави, громад та приватного сектору у виробленні й реалізації управлінських рішень.

Специфіка публічного управління в охороні здоров'я має бути розглянута як така, що має подвійну природу: соціальну, яку можна виразити через поняття людського капіталу і економічну як систему, що об'єднує сферу послуг, фінансів та акумульованих ресурсів. Управління у цій сфері має ряд відмінних особливостей:

1. Високий рівень соціальної відповідальності – управлінські рішення прямо та опосередковано впливають на життя і здоров'я громадян.
2. Міжсекторальний характер – участь різних акторів: МОЗ, НСЗУ, ОВА, органів місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я, громадських організацій.
3. Децентралізована структура – після реформи 2017–2020 рр. значна частина повноважень, в тому числі фінансових, перейшла на місця.
4. Необхідність забезпечення сталого фінансування та прозорості ресурсів.
5. Залежність від державної політики та стратегічних документів (Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 р., що спрямована на визначення проблем здоров'я українців та формування рішень, що сприятимуть їх розв'язанню й Національна стратегія реформування охорони здоров'я, яка має на меті створити сучасну та ефективну систему охорони здоров'я) [33].
6. Широка інноваційність управління - цифровізація, eHealth, телемедицина, моніторинг ефективності послуг.

Принципи та функції публічного управління у сфері охорони здоров'я також мають особливу людино-орієнтовану специфіку, серед яких актуально окремо висвітлити такі:

- 1) законність і підзвітність;
- 2) орієнтація на громадянина (people-centered governance);
- 3) прозорість і відкритість;
- 4) партнерство і субсидіарність;
- 5) ефективність і результативність;
- 6) рівність і доступність медичних послуг.

Функціональні особливості публічного управління у охороні здоров'я варто розглядати через призму кількох основоположних аспектів, які включають характерологічні особливості стратегічного та програмно-цільового планування, особливу організацію і специфіку координації діяльності медичних установ, чутливість методології контролю і моніторингу якості наданих послуг, управління кадровими, фінансовими та інформаційними ресурсами в галузі, подекуди ускладнена комунікація і взаємодія з громадськістю.

Розглядаючи публічне управління у сфері охорони здоров'я як динамічну та відкриту багаторівневу систему взаємодії державних, місцевих і недержавних суб'єктів, спрямовану на підвищення доступності та якості медичних послуг, важливо оцінювати місце та роль публічного управління у системі охорони здоров'я. Система публічного управління охороною здоров'я в Україні має ієрархічно-координаційний характер, у межах якого центральні, регіональні та місцеві органи влади здійснюють взаємопов'язану діяльність з планування, організації, фінансування, моніторингу та контролю у медичній сфері. Така багаторівнева структура є наслідком децентралізації та реформи системи охорони здоров'я, розпочатої у 2017 році.

Ключовими суб'єктами центрального рівня управління є: Кабінет Міністрів України, Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ), Національна служба здоров'я України (НСЗУ) та інші центральні органи виконавчої влади, що реалізують політику у суміжних сферах (Міністерство фінансів, Міністерство соціальної політики тощо). На органи цього рівня, відповідно до ст. 16 Закону України «Про центральні органи виконавчої влади», покладені функції з формування державної політики у сфері охорони здоров'я, її нормативно-правове забезпечення та стратегічне планування, розроблення національних програм і стандартів медичних послуг, забезпечення їх відповідності міжнародним вимогам, визначення пріоритетних напрямів розвитку системи охорони здоров'я, зокрема цифровізації, фінансування за принципом «гроші ідуть за пацієнтом», фінансування через державні трансферти та субвенції

місцевим бюджетам, а також здійснення моніторингу та контролю за реалізацією реформ, дотриманням стандартів надання медичної допомоги [34].

На регіональному є рівні управління, де ключовими суб'єктами виступають Обласні державні (військові) адміністрації (ОДА/ОВА), Департаменти (управління) охорони здоров'я при ОДА/ОВА та Обласні ради як органи представницької влади, функції та повноваження включають розроблення і реалізацію регіональних програм розвитку охорони здоров'я, відповідно до державних стратегічних документів, стратегічне планування мережі медичних закладів, зокрема, визначення опорних лікарень, забезпечення транспортної доступності, матеріально-технічної бази, моніторинг кадрового забезпечення, потреб населення, рівня захворюваності, взаємодію з НСЗУ щодо укладання договорів медичних закладів області, організацію реагування на надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров'я.

В свою чергу ключові суб'єкти на місцевому рівні, а саме органи місцевого самоврядування (територіальні громади), комунальні некомерційні підприємства (ЦПМСД, лікарні, амбулаторії), громадські та благодійні організації, які беруть участь у реалізації місцевих програм реалізують власне функціональне навантаження через безпосередню реалізацію політики у сфері охорони здоров'я на території громади, заснування, утримання та фінансова підтримку комунальних закладів охорони здоров'я, формування та реалізацію місцевих програм здоров'я громади (профілактичні заходи, вакцинація, робота з групами ризику тощо), забезпечення якості, доступності та безперервності медичних послуг, зокрема через цифрові сервіси, телемедицину, виїзні бригади.

Така багаторівнева система публічного управління охороною здоров'я побудована за принципами «вертикальної інтеграції» та «субсидіарності», де:

- центральний рівень визначає стратегічні цілі, нормативно-правові рамки та фінансування.
- регіональний рівень адаптує ці рішення до регіональної специфіки, координує реалізацію політики.

– місцевий рівень виконує практичну реалізацію, забезпечуючи доступність послуг для населення.

Водночас реалізується зворотний зв'язок: громади через свої управлінські органи, статистичні звіти та ініціативи впливають на регіональну й державну політику, забезпечуючи її реалістичність і громадську підзвітність та орієнтованість.

Ефективне функціонування системи охорони здоров'я є одним із ключових чинників сталого розвитку держави та безпосередньо залежить від якісного нормативно-правового регулювання, яке визначає принципи, механізми та інституційні засади організації медичної допомоги. В Україні нормативно-правова база у сфері охорони здоров'я поступово формується у контексті публічного управління, спрямованого на децентралізацію, підзвітність і партнерську взаємодію між державою, громадами та медичними установами.

Чинна система охорони здоров'я України стикається з викликами, пов'язаними з нерівномірним доступом до медичних послуг, дефіцитом ресурсів та необхідністю дотримання міжнародних стандартів якості. Законодавче регулювання та організаційні механізми забезпечення якості медичних послуг на регіональному рівні є ключовим інструментом для подолання цих проблем, в тому числі в умовах криз. Аналіз нормативно-правової бази та практик їх впровадження дозволяє визначити ключові та пріоритетні напрями оптимізації управління в умовах глобалізаційних змін.

Конституція України (ст. 49) гарантує кожному громадянину право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, що є базовим принципом для розбудови національної політики у сфері здоров'я [16]. Основним галузевим документом залишається Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», який визначає систему управління охороною здоров'я, права та обов'язки суб'єктів, а також напрями державного регулювання [28].

Сучасна законодавча база України в сфері охорони здоров'я формально відповідає існуючим міжнародним вимогам, проте її імплементація на

регіональному рівні суттєво ускладнюється через інституційні та ресурсні обмеження. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» закріплює механізми фінансування через Національну службу здоров'я, яка виступає єдиним замовником послуг [30]. Однак на практиці обласні департаменти охорони здоров'я стикаються з відсутністю чітких алгоритмів розподілу коштів між закладами різних форм власності, що призводить до дисбалансу у забезпеченні медикаментами та обладнанням. Наказ МОЗ №752 від 2012 року регулює процедуру контролю якості, але його положення щодо клініко-експертної оцінки реалізуються фрагментарно через брак кваліфікованих експертів у регіонах [32].

Організаційні механізми на регіональному рівні передбачають трирівневу систему:

- 1) Національний рівень (МОЗ) – формує стандарти, проводить ліцензування та атестацію.
- 2) Регіональний рівень (обласні департаменти охорони здоров'я) - здійснюють моніторинг виконання стандартів, аналізують скарги пацієнтів.
- 3) Локальний рівень (медзаклади) - відповідають за внутрішній аудит і запобігання помилкам.

Децентралізація, ініційована у 2015 році, передала повноваження щодо управління закладами охорони здоров'я органам місцевого самоврядування. Проте брак фінансових ресурсів у сільських громадах призвів до закриття або об'єднання лікарень, що поглибило нерівність у доступності послуг. Це суперечить принципу рівності, закріпленому у програмі медичних гарантій. Незважаючи на значний прогрес у розбудові законодавчої системи, реалізація правових норм на регіональному рівні залишається складним процесом. Зокрема, обласні департаменти охорони здоров'я стикаються з відсутністю уніфікованих механізмів розподілу фінансових ресурсів між комунальними та приватними медичними закладами, що зумовлює диспропорції у фінансуванні і погіршує рівність доступу до медичних послуг.

Такі проблеми свідчать про потребу у комплексному вдосконаленні нормативно-правового механізму, який має:

- 1) забезпечувати стабільне фінансування первинного і вторинного рівнів медичної допомоги;
- 2) створювати ефективні інструменти моніторингу якості;
- 3) чітко визначати відповідальність суб'єктів публічного управління за результати реалізації політики охорони здоров'я.

Подальший розвиток нормативно-правового забезпечення має ґрунтуватися на принципах:

- субсидіарності (чітке розмежування компетенцій);
- підзвітності (відкритість управлінських рішень);
- цифрової інтеграції (використання електронних систем eHealth, e-Data, ProZorro);
- партнерства (співпраця держави, громад, приватного сектору та громадянського суспільства).

Таким чином, правова система управління охороною здоров'я повинна еволюціонувати від формального регулювання до моделі адаптивного публічного управління, здатної ефективно реагувати на соціальні виклики та кризові ситуації у сфері громадського здоров'я.

1.2. Зарубіжний досвід публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я на регіональному рівні

Аналіз зарубіжного досвіду публічного управління у сфері охорони здоров'я на субнаціональному (регіональному) рівні дозволяє виокремити ефективні інструменти координації, забезпечення якості та фінансування, які можуть бути адаптовані в українських умовах. Особливу увагу слід звернути на дві взаємопов'язані теми:

- 1) впровадження систем менеджменту якості (зокрема стандарту ISO 9001) у лікувальних закладах і регіональних системах [56];

2) організаційну модель NHS у Сполученому Королівстві (в першу чергу в Англії) як приклад інтегрованого регіонального управління (Integrated Care Systems, ICS), що поєднує планування, фінансування й надання послуг на визначеній території [49].

Стандарти ISO 9001 (система менеджменту якості) активно застосовуються в європейських і світових медичних закладах як інструмент організаційного забезпечення постійного підвищення якості послуг, процедур контролю та внутрішнього аудиту. Дослідження й кейси (Нідерланди, країни Скандинавії, низка іспанських та норвезьких лікарень) демонструють, що сертифікація за ISO 9001 сприяє формалізації процесів, підвищенню системної відповідальності керівництва та покращенню механізмів клініко-експертної оцінки; однак сертифікація сама по собі не гарантує безпосереднього поліпшення клінічної практики - для цього потрібна синергія з клінічними протоколами та доказовою медициною. Емпіричні дослідження показують позитивний вплив ISO 9001 на управлінські процеси, системи пацієнтської безпеки та культуру якості, водночас наголошуючи на ризику бюрократизації, якщо сертифікація стає самоціллю [45, 53].

NHS England вже трансформував свою субнаціональну архітектуру в систему Integrated Care Systems (ICS) - юридично визнані партнерства, що об'єднують NHS-організації, місцеві органи влади, соціальні служби та волонтерський сектор для спільного планування і надання послуг на визначеній території. ICS відповідають за розробку стратегії, розподіл ресурсів та координацію мережі закладів, що дозволяє знизити фрагментацію і краще вирівнювати попит і пропозицію послуг. Система ICS орієнтована на популяційний підхід: планування послуг виходячи з потреб населення, а не лише з наявних ліжко- або кадрових потужностей [42, 43].

Його ключові переваги для регіонального управління:

1) юридична основа для колективної відповідальності за результати здоров'я населення;

- 2) спільне фінансове планування і механізми перерозподілу ресурсів у межах системи;
- 3) тісна інтеграція первинної, вторинної та соціальної допомоги;
- 4) структура для впровадження стандартів якості та моніторингу (включно з локальними KPIs).

Міжнародний досвід свідчить, що інтеграція стандартів ISO 9001 у систему управління дозволяє автоматизувати моніторинг якості та зменшити бюрократичне навантаження. В Україні подібні практики впроваджуються повільно через дефіцит фахівців з управління якістю та обмежений доступ до навчальних програм.

ISO 9001 - це стандарт менеджменту якості, який апелює до внутрішніх процесів закладу (процеси, документи, аудит, керівництво). Модель NHS/ICS - це організаційно-управлінська архітектура регіонального рівня, що забезпечує координацію і фінансування мережі. Удалі поєднання: на рівні регіональної системи (аналог ICS) встановлюються регіональні цілі та індикатори, а сертифіковані за ISO 9001 заклади виконують стандартизовані процеси, які підпадають під регіональний моніторинг. Така двоступенева модель (регіональна інтеграція + сертифікація закладів) підвищує гарантії якості та дозволяє зв'язати клінічні результати з управлінськими рішеннями.

У контексті євроінтеграції Україна поступово гармонізує частину регуляторних вимог та цифрової бази з нормами ЄС; стан виконання зобов'язань вказує на помітний прогрес, хоча є сфери, що потребують посилення, зокрема у сфері якості медичних послуг і систем моніторингу (пункт про імплементацію в звітах ЄС щодо реалізації Угоди про асоціацію). Європейський підхід до якості передбачає поєднання добровільних стандартів ISO й обов'язкових національних правил/акредитаційних механізмів; тому для України впровадження ISO 9001 має бути синхронізоване з національною системою оцінки і акредитації закладів, з урахуванням вимог ЄС щодо безпеки пацієнтів та прозорості.

В даному ракурсі можна виокремити наступні нормативні наслідки для України:

- необхідно адаптувати національні нормативи та методики контролю якості так, щоби сертифікація ISO стала частиною комплексної системи забезпечення якості (а не заміною акредитації);

- регіональні органи (департаменти) можуть законодавчо отримати мандат на методичний супровід та координацію впровадження сертифікаційних програм, а також на моніторинг результатів;

- в умовах євроінтеграції важливо закріпити у національному нормативі вимоги до прозорості, публікації індикаторів та системи підзвітності, сумісної з європейськими звітними стандартами.

У синтезі оцінки чинного нормативно-правового регулювання публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні та актуального міжнародного досвіду в даній галузі, проводячи аналіз в тому числі через призму пріоритетних євроінтеграційних процесів, можливо розставити наступні акценти:

- для забезпечення комплексної системи якості належить інтегрувати ISO 9001 у національну систему акредитації та клінічні стандарти; визначити переліки процесів/служб, пріоритетних для сертифікації (стерилізація, невідкладна допомога, лабораторії).

- у рамках євроінтеграційних зобов'язань узгоджувати національні методики звітування та індикатори якості з європейськими підходами (звітність, відкриті дані, моніторинг результатів).

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ СТАНУ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ

2.1. Характеристика системи охорони здоров'я Житомирської області

Система охорони здоров'я Житомирської області є складовою національної моделі публічного управління у сфері охорони здоров'я, що функціонує в умовах децентралізації, бюджетної трансформації та впровадження принципів державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Її діяльність спрямована на забезпечення реалізації права громадян на якісну та доступну медичну допомогу відповідно до Конституції України, Закону України «Про основи законодавства України про охорону здоров'я» та Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення».

Житомирська область розташована в центральній-північній частині України з адміністративним центром у м. Житомир. За останні офіційні дані (регіональний профіль громадського здоров'я) чисельність наявного населення області становить близько 1,195,5 тис. осіб (профіль ЦГЗ, 2021-2023). У регіоні спостерігається виражена доля сільського населення та тренд демографічного старіння, що збільшує навантаження на систему охорони здоров'я. Висвітлені демографічні характеристики (Таблиця 2.1.) прямо впливають на попит на послуги первинної та вторинної ланок, а також на потреби в послугах невідкладної та довготривалої допомоги [39].

Система надавачів у області включає первинну (ПМД), вторинну (стаціонарну та спеціалізовану) і третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу. За даними регіонального профілю та звітів ОД(В)А та НСЗУ, у 2023–2024 роках у Житомирській області функціонувало близько 37 лікарняних закладів з загальною кількістю ліжок близько 7-8 тис. НСЗУ публічно звітує про

кількість підписаних договорів із закладами області - у 2024 р. на регіон було укладено договорів на надання послуг з понад 90–100 медичними закладами.

Таблиця 2.1

Демографічні показники та забезпеченість кадрами

Показник	Значення
Середня очікувана тривалість життя (Житомирська обл.)	~ 69,7 роки (нижче за середньоукраїнський)
Частка населення, яке лікувалося самостійно (у разі хвороби)	44,4 %
Забезпеченість лікарями (на 10 000 населення)	~ 28,3 лікаря (згідно регіонального опису)

Сформовано автором на основі [38].

Кадровий склад характеризується дефіцитом у низці спеціальностей та високим середнім віком персоналу: за регіональними даними, показники забезпеченості лікарями та медсестрами на 10 000 населення часто поступаються середньоукраїнським показникам [13, 39]

Питома вага фінансування через Програму медичних гарантій (НСЗУ) - ключовий елемент ресурсного забезпечення закладів. За офіційними звітами НСЗУ та регіональними оглядами, у 2024 році заклади Житомирської області отримали значні платежі НСЗУ за надані послуги, а частина первинної допомоги фінансується як через комунальні заклади, так і через приватних надавачів, які уклали договори. Звіт НСЗУ “Витрати закладів охорони здоров’я з договором на ліки та медичні вироби у 2024 році” (Таблиця 2.2.) (Додаток А) дає дані про витрати окремих закладів і дозволяє аналізувати співвідношення витрат на ліки до надходжень від ПМГ.

Паралельно функціонують централізовані закупівлі (ДП «Медичні закупівлі України» / «Медзакупівлі») та система Prozorro (що має е-каталог) - ці інструменти впливають на рівень забезпечення медикаментами та медвиробами на регіоні. Для частини товарів та послуг на регіон впливає централізована логістика й графіки поставок [10, 11].

Таблиця 2.2

Фінансування медичних закладів через Національну службу здоров'я України (НСЗУ)

Показник	Значення
Сума виплат НСЗУ медзакладам області за I квартал 2025 р.	1,3 млрд грн
У тому числі: екстрена допомога	93,6 млн грн
У тому числі: первинна допомога	206 млн грн
У тому числі: спеціалізована допомога	понад 1 млрд грн

Сформовано автором на основу [12].

За даними профілю громадського здоров'я та моніторингових звітів, головними проблемами для Житомирської області залишаються хронічні неінфекційні захворювання (особливо серцево-судинні), що формують високу питому вагу смертності. Середня очікувана тривалість життя у регіоні знаходиться на рівні нижче середнього по Україні (у публікаціях ЦГЗ наведено відповідні значення), а рівні смертності і хронічної захворюваності формують додаткове навантаження на вторинну та амбулаторну допомогу.

Медіа- та регіональні звіти також фіксують збільшення кількості гострих інсультів та інших критичних станів у окремі періоди; наприклад, у 2024 році в регіоні фіксували зростання звернень з інсультами (Додатки А, Б).

Управління системою здійснюється через комплексний механізм: Департамент охорони здоров'я Житомирської ОД(В)А - координатор регіональної політики, стратегічного планування і моніторингу; територіальні громади - власники та засновники КНП і відповідальні за локальну організацію послуг; НСЗУ - платник (замовник послуг) за договорами на пакет послуг; медичні заклади - виконавці послуг. На практиці це створює необхідність постійної координації між рівнями для забезпечення мережевої доступності, оптимального фінансування і якості послуг.

Таблиця 2.3

Витрати на лікарські засоби та медичні вироби у закладах області

Категорія закладу	Середні витрати на медикаменти (на 1 стаціонарного пацієнта)
Надкластерні ЗОЗ	2 400 грн
Кластерні ЗОЗ	1 300 грн
Загальні ЗОЗ	588 грн

Сформовано автором на основі [48].

За даними Житомирської ОД(В)А, у 2024 р. значна кількість закладів (понад 90) мала укладені договори з НСЗУ, що свідчить про високий ступінь охоплення ПМГ у регіоні, але одночасно зазначається нерівномірність розподілу ресурсів між громадами [13].

У величині управлінських змін важливу роль відіграє цифровізація: система eHealth, дашборди МОЗ та ЦГЗ, публічні е-дані НСЗУ (Додатки Г. Д) дають можливість оперативного моніторингу показників і прозорості рішень. Окремою інновацією є впровадження експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи (ЕКОПФО), які з 1 січня 2025 р. замінили МСЕК згідно змін у законодавстві та підзаконних актах; ці команди мають підвищити об'єктивність експертних оцінок та інтегрувати результати у планування соціально-медичних послуг регіонів [29].

2.2. Оцінка ефективності публічного управління сферою охорони здоров'я в регіоні

Ефективність публічного управління сферою охорони здоров'я регіону визначається не лише рівнем фінансування, але й здатністю управлінських структур забезпечити сталість, доступність і якість медичних послуг у межах наявних ресурсів. Для Житомирської області це особливо актуально через

поєднання демографічного спаду, міграційних процесів, віддаленості сільських громад і дефіциту медичних кадрів [27].

Методологічно оцінювання ефективності базується на поєднанні кількісних індикаторів (результативність, витратність, якість) та якісних характеристик управлінських процесів (координація, прозорість, цифровізація, реагування на виклики).

1) Інституційна ефективність

На регіональному рівні основними суб'єктами управління є:

- Департамент охорони здоров'я Житомирської ОВА - реалізує державну політику у сфері медицини;
- Обласна рада та територіальні громади - відповідають за управління комунальними некомерційними підприємствами;
- НСЗУ (Північний міжрегіональний департамент) - забезпечує фінансове управління та контроль за договорами.

Оцінка управлінської спроможності виявила позитивну динаміку у цифровізації документообігу та комунікації з НСЗУ - всі медичні заклади області підключено до електронної системи охорони здоров'я (eHealth), що забезпечує прозорий контроль обсягів наданих послуг [27].

Разом з тим, інституційна взаємодія між рівнями управління залишається частково фрагментованою: громади часто не мають аналітичних підрозділів для моніторингу медичних потреб, а регіональна стратегія розвитку галузі не завжди узгоджується з Програмою медичних гарантій (ПМГ).

2) Фінансова ефективність

Згідно з відкритими даними НСЗУ, у I кварталі 2025 р. Житомирська область отримала близько 1,3 млрд грн фінансування медичних послуг (Табл. 2.4) [12]. Найбільші суми спрямовано на: спеціалізовану допомогу - понад 1 млрд грн; первинну медичну допомогу - 206 млн грн; екстрену допомогу - 93,6 млн грн. З аналізу видно, що понад 75% фінансових ресурсів концентруються у вторинній ланці, тоді як первинна медицина має обмежені можливості щодо

профілактики захворювань. Це свідчить про реактивний (а не превентивний) характер регіональної медичної політики.

Таблиця 2.4

**Розподіл фінансування медичних закладів Житомирської області за
напрямами (I квартал 2025 р.)**

Напрямок фінансування	Сума, млн грн	Частка, %
Спеціалізована допомога	1000+	77
Первинна допомога	206	16
Екстрена допомога	93,6	7
Разом	1 299,6	100

3) Кадрова ефективність

Забезпеченість лікарями та середнім медперсоналом є ключовим індикатором спроможності системи. За даними Головного управління статистики (2023 р.), у Житомирській області працює близько 5,3 тис. лікарів (28,3 на 10 000 населення) і 11,9 тис. середніх медичних працівників (63,2 на 10 000 населення) (Табл. 2.5) [8].

Таблиця 2.5

**Забезпеченість кадрами у сфері охорони здоров'я Житомирської області
(2023 р.)**

Категорія	Кількість	На 10 000 населення	Тенденція (2020–2023)
Лікарі	5 320	28,3	↓ - 4,5 %
Середній медперсонал	11 960	63,2	стабільна
Молодший персонал	5 480	28,9	↓ - 7,8 %

Проте спостерігається нерівномірний розподіл кадрів: у сільських громадах - дефіцит понад 25 % лікарських посад. Це знижує доступність

медичних послуг, особливо первинного рівня, і створює додаткове навантаження на ЦПМСД у малих громадах.

4) Цифровізація та нові управлінські підходи

З 2023-2024 рр. активно впроваджуються інструменти електронного документообігу, телемедицини та нові форми оцінювання функціонування особи (ЕКОПФО), які з 2025 р. замінили медико-соціальні експертні комісії (МСЕК). У регіоні сформовано 7 мультидисциплінарних команд ЕКОПФО, що працюють при обласних лікарнях та ЦПМСД. Це підвищує прозорість процесів встановлення інвалідності та сприяє цифровій інтеграції з єдиним медичним реєстром.

Крім того, Житомирщина бере участь у пілотному проєкті з впровадження електронних медичних записів та автоматизованого збору даних про госпіталізації, що дозволяє моніторити ефективність використання ліків і медвиробів у реальному часі [9].

5) Аналітична оцінка ефективності

Порівняння ключових показників (фінансування, кадрового забезпечення, якості) дає змогу сформувати інтегральну оцінку ефективності публічного управління, в тому числі за допомогою даних, отриманих з Єдиного вебпорталу вакантних посад у ЗОЗ (Додаток В). У контексті системного підходу відкрита система - це така, що активно обмінюється ресурсами, інформацією та енергією із зовнішнім середовищем. Публічне управління у сфері охорони здоров'я за своєю природою розглядається як соціальна відкрита система, що функціонує у взаємодії з політичним, економічним, демографічним, екологічним та технологічним середовищами (Рис. 2.1). Система управління охороною здоров'я Житомирської області проявляє ознаки відкритості у таких напрямках:

1) Інституційна відкритість: взаємодія між ОД(В)А, громадами, НСЗУ, ЦГЗ, міжнародними партнерами (USAID, WHO); участь громадськості у прийнятті рішень через дорадчі ради, громадські слухання, елементи електрою демократії та участі.

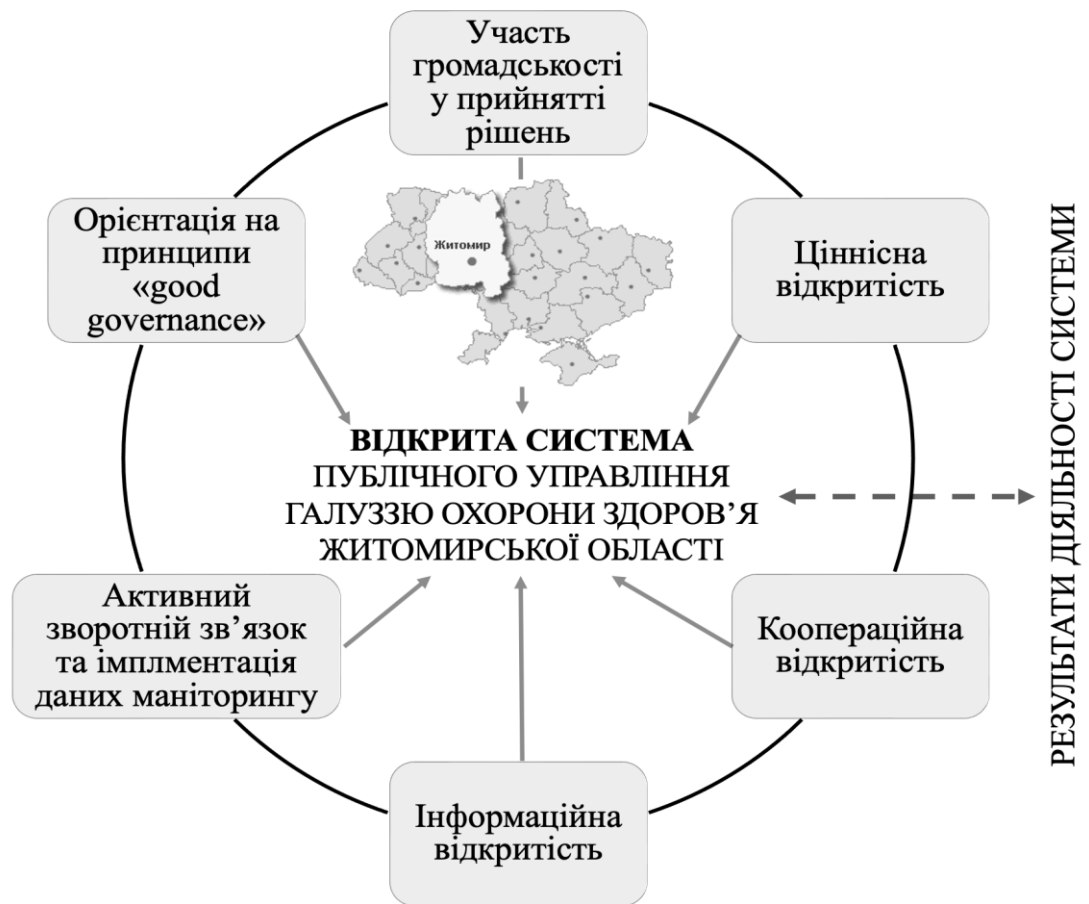


Рис .2.1. Модель зондів взаємодії публічного управління сферою охорони здоров'я Житомирської області як відкритої системи

2) Інформаційна відкритість: використання відкритих даних; впровадження та активна реалізація регіональних (як складової загальнонаціональної системи) статистично-аналітичних дашбордів та електронної системи eHealth; публічність даних про закупівлі та тендери.

3) Коопераційна відкритість: партнерство між комунальними та приватними медичними закладами; міжсекторальна взаємодія у програмах громадського здоров'я (зокрема з питань профілактики, вакцинації, реабілітації ветеранів).

4) Ціннісна відкритість: орієнтація на принципи доброго врядування (good governance), підзвітності, доказовості (evidence-based policy) та інклюзивності.

Таким чином, система управління охороною здоров'я Житомирської області демонструє відповідність загальнодержавному тренду, тобто поступову трансформацію від «закритої» або «напів-закритої» адміністративно-командної моделі до відкритої, адаптивної та взаємодіючої системи, здатної до самооновлення через цифровізацію, партнерство й участь громади у прийнятті управлінських рішень.

Аналіз системи публічного управління сферою охорони здоров'я Житомирської області за моделлю “чорної скриньки” та як відкритої системи є важливою складовою всебічної оцінки управлінської організації галузі. Поняття «чорна скринька» (black box) у теорії управління використовується для аналізу систем, внутрішні процеси яких є складними або частково непрозорими, проте відомі вхідні та вихідні параметри (Рис. 2.2). У контексті публічного управління сферою охорони здоров'я це означає, що вхідними даними виступають управлінські, фінансові, кадрові та нормативні ресурси, які надходять від центральних та регіональних органів влади, а виходом є реальні результати, такі як якість і доступність медичних послуг, стан здоров'я населення, рівень задоволеності громадян.



Рис.2.2. Модель системи публічного управління сферою охорони здоров'я Житомирської області: підхід “чорної скриньки” / відкрита система

За результатами дослідження, система публічного управління охороною здоров'я в Житомирській області функціонує як складна і частково непрозора «чорна скринька», у якій:

- вхідні сигнали формуються з нормативних актів МОЗ, НСЗУ, державних субвенцій, грантових ресурсів та управлінських рішень місцевої влади та локальних керівників;

- вихідні результати вимірюються через індикатори якості надання послуг (покриття населення сімейними лікарями, рівень госпіталізації, показники смертності, фінансові витрати на одного пацієнта тощо);

- зворотний зв'язок представлений системами моніторингу, публічної звітності (звітні та аналітичні матеріали МОЗ, НСЗУ, ЦГЗ), а також громадським контролем, представленим широким колом інструментом залучення громадськості.

Таким чином, управлінська система діє у форматі, де процеси прийняття рішень і ресурсний розподіл часто залишаються недостатньо прозорими, а ефективність дій оцінюється постфактум, тобто за кінцевими результатами. Це ускладнює адаптацію управлінських механізмів до динамічних умов (наприклад, кризи, кадрові міграції, зміни фінансування).

Проведений SWOT-аналіз дозволяє визначити, що система публічного управління сферою охорони здоров'я Житомирської області має потенціал до підвищення ефективності за рахунок розвитку аналітичної компетентності громад, інституційної інтеграції з цифровими системами МОЗ та оптимізації кадрової політики (Табл. 2.6). Водночас ключовими загрозами залишаються кадрова міграція, фінансова нестабільність і високий рівень міжтериторіальної нерівності у доступі до медичних послуг.

Розвиток системи охорони здоров'я регіону у XXI столітті розглядається крізь призму публічного управління як комплексна взаємодія державних, регіональних і місцевих інституцій, спрямована на забезпечення стійкого доступу населення до якісних медичних послуг. Відповідно до визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), система охорони здоров'я - це

сукупність усіх організацій, людей і дій, основною метою яких є сприяння, відновлення або підтримання здоров'я населення.

Таблиця 2.6

SWOT-аналіз системи публічного управління сферою охорони здоров'я Житомирської області

Сильні сторони (S)	Слабкі сторони (W)
Дієва регіональна система управління з чітким розподілом повноважень між ОВА, громадами та НСЗУ.	Недостатня кадрова укомплектованість медичних закладів, особливо в сільських громадах.
Підключення всіх закладів до ЕСОЗ системи eHealth, зростання рівня цифровізації процесів.	Низька аналітична спроможність громад: відсутність чітких інструментів для оцінки потреб населення.
Запровадження команд ЕКОПФО як елементу нової моделі соціально-медичної оцінки.	Фрагментарна комунікація між рівнями управління
Доступ до аналітичних дашбордів МОЗ і прозорість закупівель	Недостатнє фінансування первинної ланки, слабка профілактична робота.
Можливості (O)	Загрози (T)
Євроінтеграційний курс і можливість гармонізації стандартів управління	Міграція медичних кадрів за межі області та держави.
Розширення інструментів eHealth і медичних дашбордів НСЗУ для локальної аналітики.	Зростання навантаження на медичні заклади у зв'язку з демографічним старінням населення.
Можливість залучення міжнародних грантів для модернізації інфраструктури.	Обмежене фінансування регіональних програм через воєнний стан.
Децентралізація управління і передача повноважень громадам у межах стратегії 2030.	Високий ризик територіальних диспропорцій у доступності медичних послуг.

Публічне управління в охороні здоров'я доцільно визначити як різновид публічного управління, змістом якого є публічно-владна діяльність органів державної влади, органів місцевого самоврядування та інших суб'єктів публічної влади, спрямована на формування, реалізацію, координацію та контроль державної й місцевої політики у сфері охорони здоров'я з метою забезпечення доступності, якості та безпеки медичних і громадсько-оздоровчих послуг, охорони здоров'я населення та підвищення якості життя громадян. Це управління охоплює планування, організацію, фінансування, кадрову політику, регулювання та моніторинг діяльності системи охорони здоров'я на

національному, регіональному й місцевому рівнях, використовуючи правові, організаційні, економічні та інформаційні інструменти публічної влади [3, 4, 15].

Система охорони здоров'я Житомирської області, як показав попередній аналіз, перебуває у стані післяреформеного переходу – від централізованої моделі управління до децентралізованої, із підвищенням ролі місцевих громад. Проте цей процес супроводжується низкою проблем і викликів, які потребують системного аналітичного осмислення.

Одним із базових викликів є недостатня координація між центральними, регіональними та місцевими рівнями управління. Хоча на державному рівні затверджено Стратегію розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року, її положення не завжди знаходять відображення у регіональних стратегіях та програмах громад [33]. У більшості територіальних громад Житомирщини відсутні локальні програми розвитку охорони здоров'я, а система моніторингу реалізації медичних послуг залишається фрагментарною. Це свідчить про інституційний розрив у плануванні, який знижує ефективність публічної політики. Крім того, слабким є система стратегічного аналізу, адже дані МОЗ використовуються епізодично, без формування повноцінних аналітичних прогнозів.

Рекомендації ВООЗ у документі «Health Systems Governance for Strengthening Health System Performance» вказують, що саме системна аналітика та регулярний моніторинг є ключовими умовами ефективного управління.

Основною проблемою на рівні області є асиметрія у фінансуванні первинної та вторинної ланок. Згідно з даними Національної служби здоров'я України (НСЗУ), за 2024 рік 87,9 % усіх фінансових надходжень до медичних закладів області забезпечено за рахунок договорів із НСЗУ, тоді як лише 7,4 % - з місцевих бюджетів, і близько 4,7 % - міжнародні грантові проєкти (Табл. 2.7) [27].

Недостатнє місцеве співфінансування призводить до нестачі ресурсів на капітальні видатки - оновлення обладнання, ремонт приміщень, підвищення енергоефективності. Додатковим викликом є низький рівень фінансової

автономії громад, які часто не мають компетенцій для управління медичними активами

Таблиця 2.7

**Структура фінансування системи охорони здоров'я Житомирської області
у 2024 році**

Джерело фінансування	Частка у загальних видатках, %	Роль
Національна служба здоров'я України	87,9	Основний замовник послуг за Програмою медичних гарантій
Місцеві бюджети (громади, обласний бюджет)	7,4	Утримання інфраструктури, комунальні послуги, ремонти
Міжнародні гранти, донорські кошти	4,7	Програми USAID, ВООЗ, БФ "100% Життя"

За даними Головного управління статистики у Житомирській області, на початок 2024 р. забезпеченість лікарями становила 26,4 на 10 тис. населення (при середньому по Україні - 31,1), середнім медперсоналом - 62,7 на 10 тис. Населення [8]. Це свідчить про стійкий кадровий дефіцит, який особливо загострюється у сільських громадах.

Можливо виділити наступні основні причини:

- низька заробітна плата та слабка система мотивації;
- відсутність житлових програм і соціальних гарантій для молодих фахівців;
- обмежені можливості професійного розвитку.

Як зазначено у звіті Центру громадського здоров'я МОЗ, близько 11% лікарів області планують еміграцію протягом наступних двох років [40]. Державна політика в цьому напрямку покликана стимулювати молодих лікарів працювати в сільській місцевості та прифронтових територіях, політично впливаючи на кадрову забезпеченість, що нормативно забезпечено наказом МОЗ від 30.07.2025 № 1198 [31]. І хоча, відповідно до повідомлень Міністерство

охорони здоров'я України, починаючи з 2025 року, випускники інтернатури, які працевлаштовуються на роботу в державних або комунальних медзакладах у сільській місцевості або на прифронтових територіях, можуть отримати одноразову допомогу 200 000 грн, ця програма є запізнілою та не набула широкого впровадження.

Управлінські проблеми проявляються у низькому рівні аналітичної спроможності керівників медичних установ: більшість не використовують показники ефективності (KPI), не мають підготовки у сфері стратегічного менеджменту. Це підкреслює необхідність освітніх програм для керівників КНП за участі академічних партнерів.

Одним із найактуальніших напрямів є цифровізація системи охорони здоров'я. В області діє понад 320 закладів, підключених до eHealth, однак лише 40 % із них повноцінно використовують аналітичні модулі ВІ для управління фінансами та якістю [35].

Із 1 січня 2025 р. в Україні офіційно запуснено систему ЕКОПФО (Експертні команди з оцінювання повсякденного функціонування особи), яка замінила МСЕК (медико-соціальні експертні комісії). Цей перехід передбачає цифровий облік інвалідності, реабілітаційних послуг і взаємодію між МОЗ, Мінсоцполітики та громадами.

Однак у Житомирській області впровадження системи стикається з проблемами:

- нестача обладнання для цифрової оцінки;
- відсутність інтеграції баз даних між службами;
- брак фахівців, здатних проводити комплексну оцінку функціонування особи.

Це потребує створення регіонального центру цифрової підтримки ЕКОПФО, що забезпечуватиме навчання та технічний супровід команд.

За даними Головного управління статистики, у 2023 році природне скорочення населення Житомирської області становило - 10,7 осіб на 1000 жителів, що є одним із найвищих показників в Україні [8].

Старіння населення формує зростаючий попит на послуги паліативної, геріатричної та реабілітаційної допомоги, проте відповідна інфраструктура є недостатньо розвиненою: лише 5 з 22 громад мають спеціалізовані паліативні відділення.

Соціально-демографічний фактор також ускладнює реалізацію концепції «здоров'я громади» (community-based health), яка передбачає профілактичну, а не лише лікувальну орієнтацію системи.

Хоча законодавча база України формально узгоджена з європейськими стандартами, зокрема із Регламентом (ЄС) № 2016/679 (GDPR) та директивами у сфері медичного страхування, проблема полягає у слабкій імплементації норм на регіональному рівні [36]. Типовими є випадки, коли підзаконні акти суперечать базовим законам, що ускладнює процеси ліцензування, атестації й акредитації медичних установ.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ

3.1. Стратегічні пріоритети розвитку сфери охорони здоров'я Житомирської області

Стратегічне планування у публічному секторі розглядається як системний процес визначення майбутнього стану організації чи системи, формулювання довгострокових цілей і визначення ресурсів й інструментів для їх досягнення. У публічному управлінні ці процеси мають особливості: велика кількість зацікавлених сторін (stakeholders), соціальні та політичні цілі, обмеженість ресурсів, висока публічна відповідальність [55]. Дослідження показують, що ефективно стратегічне планування включає: формулювання місії, візії; аналіз зовнішнього й внутрішнього середовища; вибір стратегічних пріоритетів; визначення критеріїв успіху й механізмів моніторингу [59]

Для умов регіону, зокрема в охороні здоров'я, це означає врахування соціальних детермінант здоров'я, демографічної динаміки, доступності послуг, фінансових ресурсів та інституційної спроможності.

На національному рівні Міністерством охорони здоров'я України схвалено Стратегію розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року, яка ставить три ключові стратегічні цілі:

- 1) Універсальний доступ до якісних медичних послуг [37].
- 2) Посилення управління системою охорони здоров'я [33].
- 3) Розвиток людського капіталу та залучення інвестицій у сферу охорони здоров'я [37].

Регіональна стратегія Житомирської області на період до 2027 року прямо враховує ці національні орієнтири [14]. В тексті Стратегії зазначено, що стратегічне бачення розвитку області має забезпечити «підвищення якості та

доступності мережі соціальних послуг, зокрема охорони здоров'я» та «зростання людського капіталу» (див. розділ 5 Стратегії) [14].

Отже, наявна пріоритетність у регіональному документі перебуває у прямій логічній відповідності з державним курсом, що створює необхідну основу для інтеграції стратегії області з національною політикою охорони здоров'я.

Місія регіональної системи охорони здоров'я Житомирської області полягає в наступному: забезпечення сталого та справедливого доступу кожному мешканцю Житомирщини до сучасної, якісної, безпечної та ефективної медичної допомоги, з акцентом на профілактику, ранню діагностику і підтримку здоров'я на рівні громади.

Ця місія впливає із концепції «здоров'я як пріоритету сталого розвитку» та базується на аналізі ситуації в регіоні: старіння населення, кадровий дефіцит, нерівномірний доступ, що підтверджує потребу у моделі, орієнтованій на доступність і профілактику.

Візія області до 2030 року: Житомирська область - регіон зі стійкою системою охорони здоров'я, де кожна громада має ефективні первинні медичні послуги, цифрову аналітику управління, компетентний медичний персонал та сучасну інфраструктуру, що гарантує здорове і активне життя громадян.

Така візія відповідає темі цифрової трансформації та управлінської модернізації, які дедалі більше стають складовими національної стратегії. Вона також враховує регіональну специфіку: сільські громади, необхідність доступності, міжрівневе управління.

На основі аналізу ситуації в регіоні і враховуючи національну та регіональну стратегії можна сформулювати такі стратегії цілі для Житомирської області (Рис. 3.1):

Ціль 1. Забезпечення рівного доступу до медичних послуг та підвищення їхньої якості.

- Удосконалення мережі первинної, вторинної та третинної допомоги;
- Зменшення територіальних диспропорцій (міські/сільські громади);

- Впровадження стандартів ISO 9001 у медичних закладах регіону як механізму управління якістю (див. зарубіжний досвід).

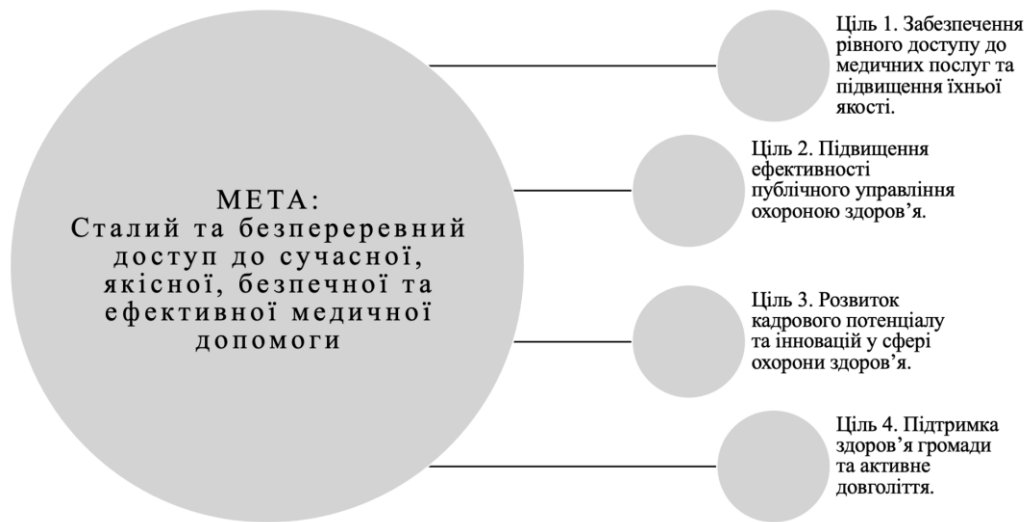


Рис. 3.1. Цілі публічного управління системи охорони здоров'я Житомирської області

Ціль 2. Підвищення ефективності публічного управління охороною здоров'я.

- Вдосконалення інституційної взаємодії між рівнями (МОЗ → ОВА → громади);
- Запровадження системи цифрового моніторингу показників та дашбордів;
- Оптимізація фінансування: перерозподіл ресурсів з акцентом на первинну допомогу і профілактику.

Ціль 3. Розвиток кадрового потенціалу та інновацій у сфері охорони здоров'я.

- Модернізація системи підготовки, залучення та утримання медичних кадрів (особливо у сільській місцевості);
- Стимулювання навчання, підвищення кваліфікації, розвиток керівників закладів;

- Впровадження інноваційних технологій: телемедицина, цифрові сервіси, мультидисциплінарні команди.

Ціль 4. Підтримка здоров'я громади та активне довголіття.

- Розвиток профілактичної медицини, формування культури здорового способу життя;

- Розширення послуг паліативної та реабілітаційної допомоги з урахуванням старіння населення;

- Залучення громадськості у процес ухвалення рішень щодо здоров'я, розвиток громадських ініціатив і партнерств.

Виходячи зі сформульованих цілей, можна виділити такі пріоритети розвитку:

Пріоритет А. Розбудова доступної та якісної мережі медичних послуг: розвиток первинної медичної допомоги у сільських громадах; оптимізація мережі лікарень, створення опорних лікарень; сертифікація закладів за ISO 9001 і запровадження систем менеджменту якості.

Пріоритет В: Модернізація управлінської системи та цифрова трансформація: впровадження цифрових платформ моніторингу стану здоров'я, Ві-дашбордів в обласному управлінні; створення єдиного регіонального порталу даних охорони здоров'я для громад; розвиток інструментів eHealth, телемедицини, супровід команд ЕКОПФО.

Пріоритет С: Підвищення кадрової спроможності та інноваційних технологій: розробка регіональної програми стимулювання молодих спеціалістів (житло, доплати, гранти); впровадження програм дистанційного навчання та сертифікації лікарів; партнерство з навчальними закладами (наприклад, Західноукраїнський національний університет) для підготовки менеджерів охорони здоров'я.

Пріоритет D: Формування культури здоров'я та підтримка довголіття: кампанії з профілактики хронічних захворювань, просування здорового способу життя; розбудова реабілітаційних та паліативних сервісів на рівні громад;

залучення громади до ухвалення рішень, розвиток громадських дорадчих рад при закладах охорони здоров'я.

Для кожного пріоритету варто встановити кількісні індикатори:

Пріоритет А: частка населення з доступом до сімейного лікаря ≤ 30 хв транспортом; показник задоволеності послугами ≥ 80 %.

Пріоритет В: відсоток закладів, що використовують ВІ-аналіз, ≥ 70 %; середній час обробки звернення через портал eHealth ≤ 24 год.

Пріоритет С: кількість молодих лікарів (<35 років), що залишились у регіоні, +10 % за 3 роки; кількість підвищень кваліфікації управлінців ≥ 100 осіб/рік.

Пріоритет D: частка населення, що проходить профілактичні огляди, ≥ 60 %; показник тривалості здорового життя (Healthy Life Years) +3 роки до 2030 р.

Сформована та систематизована логіка “місія \rightarrow візія \rightarrow стратегічні цілі \rightarrow пріоритети \rightarrow КРІ” становить системну модель управління, що забезпечує узгодження регіональних цілей з національною політикою охорони здоров'я (Рис. 3.2).



Рис.3.2. Ієрархічна структура стратегічних цілей розвитку системи охорони здоров'я Житомирської області

Запропонована модель дозволяє інтегрувати управлінські рішення на рівні області з державними стандартами, забезпечити міжрівневу співпрацю та моніторинг виконання.

3.2. Механізми підвищення ефективності публічного управління сферою охорони здоров'я в регіоні

У сучасному публічному управлінні під ефективністю можна розглядати здатність управлінської системи досягати поставлених цілей з оптимальним використанням ресурсів та з високим рівнем підзвітності перед громадянами. У контексті охорони здоров'я це означає забезпечення якісних, доступних і безпечних медичних послуг через належні управлінські механізми. Механізми публічного управління - це інструменти, способи та процедури, за допомогою яких державні та місцеві органи реалізують політику, організовують діяльність, контролюють витрати та оцінюють результати. У публічному секторі стратегічне управління передбачає системне поєднання аналізу середовища, формулювання цілей, виконання, моніторингу та адаптації [44].

У галузі охорони здоров'я специфіка механізмів полягає у великій кількості зацікавлених сторін (пацієнти, громади, заклади охорони здоров'я, страхувальники), великому обсязі ресурсів і високих очікуваннях громадян, тому вони мають бути більш системними і взаємопов'язаними. Наукові дослідження публічного управління підтверджують, що механізми потребують адаптації до контексту [60].

Надалі необхідно розглянути п'ять ключових механізмів, які рекомендується впроваджувати в регіоні, з врахуванням специфіки Житомирської області (Рис. 3.3).

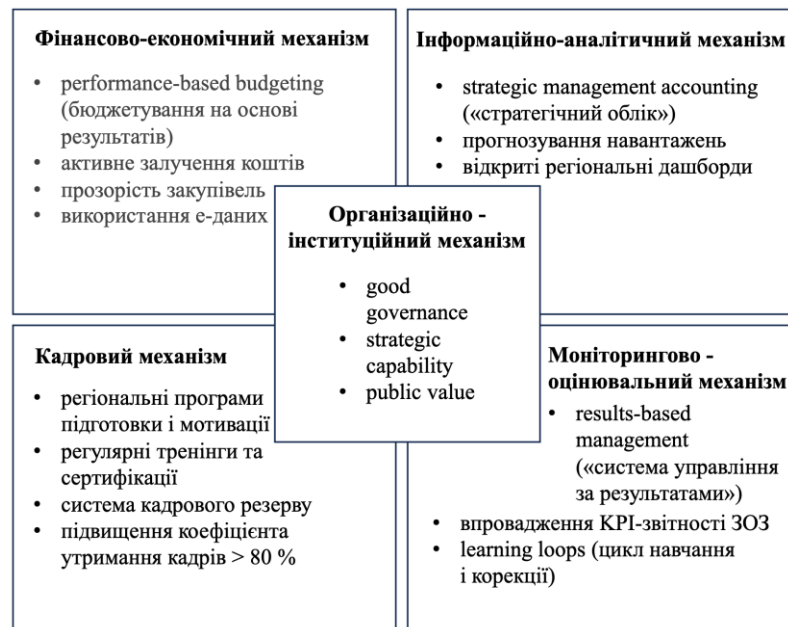


Рис. 3.3. Механізми підвищення ефективності публічного управління сферою охорони здоров'я в регіоні

Організаційно-інституційний механізм це сукупність структур, ролей, функцій, повноважень та взаємодій між суб'єктами управління, які створюють умови для реалізації політики охорони здоров'я. У публічному управлінні цей механізм включає чітке розмежування компетенцій, створення координаційних рад, міжсекторальних платформ, що відповідає концепції «good governance» (краще управління) – прозорість, участь, відповідальність.

Практична реалізація організаційно-інституційного механізму для Житомирщини може включати наступні заходи:

- Уточнення повноважень між Міністерством охорони здоров'я України, Національною службою здоров'я України, обласною державною (військовою) адміністрацією та територіальними громадами.

- Створення міжсекторальної координаційної ради з представників МОЗ, ОД(В)А, громад, медзакладів, НСЗУ, громадських організацій – мета: спільне планування, моніторинг та корекція політики.

- Визначення чіткого “каркасу” субнаціонального управління: хто за що відповідає (наприклад: стратегія - область, оперативне управління - громади,

фінансування - НСЗУ). Це посилює управлінську спроможність (strategic capability).

У науковому контексті дослідження свідчать, що без чіткого розмежування повноважень та координації між ланками, механізми управління стають фрагментарними, що обмежує створення публічної вартості (public value) [60].

У країнах OECD успішні регіональні системи охорони здоров'я мають подібну модель: центральний рівень встановлює політику, регіони координують мережу, громади відповідальні за надання послуг (наприклад, інтеграційна модель кооперації NHS та місцевих органів влади ICS у Великій Британії). Завдання Житомирської області - послідовно адаптувати подібну модель з урахуванням українського контексту.

Фінансово-економічний механізм як система фінансових інструментів, процедур бюджетування, державних закупівель, інвестицій та стимулів, яка забезпечує економічну спроможність сектору та ефективне використання ресурсів у публічному управлінні включає механізми performance-based budgeting (бюджетування на основі результатів) та контрагування послуг.

Практична реалізація такого механізму для регіону:

Удосконалення системи договорів з НСЗУ на надання медичних гарантій: встановлення стимулів за якість, покриття, інновації.

- Впровадження performance-based budgeting: частина фінансування закладу залежить від досягнутих показників (KPI) - якості, доступності, задоволеності пацієнтів.

- Активне залучення коштів: через Державний фонд регіонального розвитку (ДФРР), грантових програм ЄС, партнерства з USAID, ВООЗ - для модернізації інфраструктури, цифрових систем.

- Прозорість закупівель - використання е-даних (наприклад, портал bi.medzakupivli.com) для відстеження закупівель, поставок, витрат.

Дослідження показують, що фінансовий механізм, орієнтований на результати, значно покращує ефективність публічної служби [54]. Натомість звичайне бюджетування, яке базується лише на процедурі, не створює стимулів

для покращення. Наприклад, концепція NPM (New Public Management) акцентує на результатах, якості та ефективності [58]. У таких країнах, як Фінляндія чи Норвегія, впроваджується бюджетування на основі результатів у секторі охорони здоров'я [46]. Житомирська область може використати ці приклади з урахуванням фінансових і ресурсних обмежень.

Система управління людськими ресурсами (HRM) в публічному секторі включає підбір, мотивацію, розвиток, утримання персоналу, що відповідає стратегічним цілям [54].

Практична реалізація для регіону:

- Розробка та впровадження регіональної програми підготовки і мотивації молодих лікарів та керівників закладів: стипендії, контракування, житло, підвищення кваліфікації.

- Організація регулярних тренінгів та сертифікації для керівників закладів охорони здоров'я в сфері стратегічного управління, фінансового менеджменту, цифрової аналітики.

- Впровадження системи кадрового резерву: створення бази потенційних молодих управлінців для закладів охорони здоров'я та ОД(В)А, що підсилить стійкість системи.

У публічному секторі кадри є критичним компонентом створення «публічної вартості» (public value) - системи, яка не просто надає послуги, а створює суспільний ефект [60]. У країнах Скандинавії створення молодіжних програм для лікарів у сільській місцевості демонструє позитивні результати: підвищення коефіцієнта утримання кадрів > 80 %. Регіон Житомирщини має адаптувати аналогічні підходи, зважаючи на демографічну і кадрову ситуацію.

Інформаційно-аналітичний механізм, що забезпечує збір, обробку, аналіз і використання даних (включно з цифровими платформами) для управлінських рішень, включає бізнес-аналітику (BI), big data, інтеграцію eHealth. Дослідники визначають це як частину “стратегічного обліку»” (strategic management accounting) в публічному секторі.

Заходи щодо практичної реалізації для регіону:

- Створення єдиної цифрової екосистеми охорони здоров'я Житомирщини, що об'єднує дані первинної і вторинної допомоги, аптечного забезпечення, закупівель, кадрового стану.

- Інтеграція з системою eHealth і дашбордами МОЗ/НСЗУ для моніторингу показників: доступність, якість, витрати.

- Використання аналітики даних для прогнозування навантажень, оптимізації розподілу ресурсів (наприклад, кадрів, ліжок), оцінки ризиків (старіння, хронічні захворювання).

- Забезпечення відкритості даних - можливість громадського моніторингу через відкриті дашборди.

Аналіз стратегічного управління в публічному секторі вказує на те, що без аналітичної спроможності організація ризикує залишитися реактивною, а не проактивною [54]. Естонія (e-Estonia) і Великобританія (NHS Digital) використовують цифрові платформи для інтеграції даних охорони здоров'я й управління мережею закладів. Житомирська область має можливість адаптувати ці моделі з урахуванням ресурсів і локальної структури.

Моніторингово-оцінювальний механізм як система контролю, аудиту, оцінки якості, що дозволяє вимірювати результати управління, робити коригування й забезпечувати підзвітність перед громадянами є елементом системи управління за результатами (results-based management) [52].

В регіональному вимірі можлива наступна практика реалізації:

- Формування системи незалежного аудиту якості медичних послуг: внутрішні комісії, зовнішні експерти, участь громадськості.

- Використання дашбордів МОЗ, та інших аналітичних матеріалів для прозорості закупівель, витрат, результатів.

- Впровадження КРІ-звітності закладів охорони здоров'я, публікація результатів, рейтинги, стимулювання поліпшень.

- Розробка зворотного зв'язку з населенням: опитування пацієнтів, механізми скарг, участь громадських рад.

Без моніторингу й оцінки механізми управління залишаються декларативними - реальний вплив на результати обмежений. Аналіз вказує на необхідність “learning loops” (цикл навчання і корекції) у стратегічному управлінні [44]. У країнах Північної Європи функціонують системи незалежного контролю якості медичних послуг (наприклад, OECD «Health Care Quality Indicators»). У Житомирській області варто запровадити подібний механізм із урахуванням локальної специфіки.

Реалізація цих п'яти механізмів створює інтегрований каркас підвищення ефективності публічного управління у сфері охорони здоров'я. Вони взаємопов'язані: організаційні структури створюють основу для фінансових процесів, кадрові системи забезпечують спроможність, аналітика робить управління даними, а моніторинг – підзвітність і корекцію. Таке системне поєднання відповідає теоріям «governance» і «strategic management in public administration». У контексті Житомирської області це дозволяє перейти від розрізнених реформ до ефективної моделі управління на регіональному рівні.

У сучасних умовах трансформації публічного сектору ефективно управління сферою охорони здоров'я потребує не лише раціоналізації управлінських процесів, а й інституціоналізації інновацій - нових управлінських моделей, цифрових технологій, гнучких форм комунікації та партнерства. За визначенням Організації економічного співробітництва та розвитку (2024), інновації в публічному управлінні - це впровадження нових ідей, процесів або організаційних моделей, які створюють додану публічну цінність та покращують здатність держави реагувати на потреби громадян [50].

У сфері охорони здоров'я інноваційні управлінські рішення стосуються не лише медичних технологій, але насамперед - послідовної цифрової трансформації, нових механізмів управління якістю, міжсекторальної взаємодії, аналітичного управління та залучення громад. Такі підходи є фундаментом для побудови сучасної системи «smart governance» у регіоні, що відповідає принципам Human-centered, Data-driven and Accountable Health Administration [63].

Інноваційним вектором реформування системи управління є розбудова єдиного цифрового середовища («digital ecosystem») у межах Житомирської області, що інтегрує державну платформу eHealth, медичні інформаційні системи закладів, дані ЦНАПів, НСЗУ, Держстату та громад. Основні кроки, спрямовані на підвищення інноваційності та цифровізації наступні:

1) Інтеграція аналітичних дашбордів МОЗ, НСЗУ Data Dashboard та дані з порталу медичних закупівель bi.medzakupivli.com у систему стратегічного моніторингу регіону;

2) Впровадження моделі «Data-driven management» - прийняття управлінських рішень на основі актуальних показників здоров'я населення, фінансування, кадрових і ресурсних даних;

3) Розробка регіонального «Health Data Hub» - централізованої аналітичної платформи для прогнозування потреб населення, оцінки ефективності медичних закладів, аналізу динаміки захворюваності.



Рис. 3.4. Структура дій, спрямованих на підвищення інноваційності та цифровізації публічного управління охороною здоров'я регіону

Науково доведено, що використання систем цифрового управління зменшує ризик управлінських помилок на 20-35 % і підвищує адаптивність регіональних систем [57]. Очікуваний ефект від впровадження потенційно

включатиме скорочення адміністративних витрат, підвищення точності управлінських рішень та зростання довіри громад через прозорість даних (Рис. 3.4).

Для підвищення ефективності адміністрування системи доцільно також запровадити інструменти фінансових інновацій - нові підходи до фінансування, інвестування, стимулювання ефективності та соціальної відповідальності закладів (Рис. 3.5). Такі інструменти, що є основним практичним виміром інноваційних фінансово-економічних підходів у регіоні, мають включати:

1) Performance-based contracts: укладання договорів із закладами на основі досягнення конкретних KPI (наприклад, частка профілактичних оглядів, задоволеність пацієнтів).

2) Social Impact Bonds (SIB): впровадження проектів державно-приватного партнерства, у яких інвестори фінансують соціальні ініціативи (наприклад, скринінг серцево-судинних хвороб), а держава відшкодовує витрати у разі досягнення результатів.

3) Health Investment Map - інструмент планування капітальних інвестицій у медичну інфраструктуру області через інтеграцію з ДФРР, ЄБРР, проектами USAID.

4) Гнучке бюджетування (Agile Budgeting) - застосування коротких бюджетних циклів і регулярного коригування відповідно до змін потреб і показників здоров'я населення.

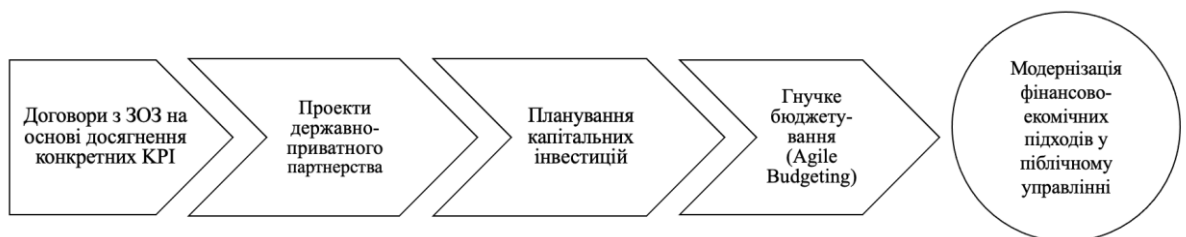


Рис. 3.5. Поступальна структура кроків по забезпеченню модернізації фінансово-економічних підходів публічного управління охороною здоров'я регіону

Такі фінансові інновації активно використовуються в ЄС, зокрема у Польщі та Чехії, і можуть бути адаптовані для регіонального рівня України [62].

Ефективність управління неможлива без модернізації кадрового потенціалу. У публічному управлінні це означає розвиток інноваційних компетенцій управлінців та медичного персоналу, що забезпечують стратегічне мислення, цифрову грамотність і здатність працювати з даними. В ракурсі розвитку та модернізації адміністрування людськими ресурсами у сфері охорони здоров'я в регіоні необхідно виділити наступні кроки (Рис. 3.6):

1) створення регіонального центру безперервного розвитку управлінських компетенцій у сфері охорони здоров'я при Житомирській ОД(В)А у партнерстві з вищими навчальними закладами;

2) впровадження навчальних програм з eHealth management, evidence-based policymaking, public health analytics;

3) запуск системи електронного навчання (e-learning) для лікарів і керівників закладів, інтегрованої з платформою Цифрова освіта та Академією НСЗУ;

4) створення регіонального кадрового резерву публічних управлінців охорони здоров'я.

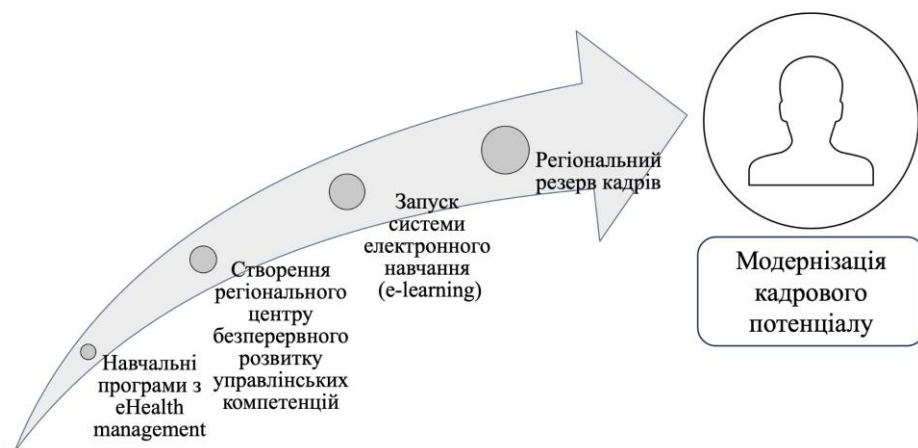


Рис. 3.6. Схема плану розвитку людського капіталу та інтелектуальних компетенцій

За даними World Bank (2023), розвиток компетенцій у сфері evidence-based policy підвищує якість державних рішень на 30-40 % [61].

Удосконалення системи управління передбачає зміщення акценту з вертикальної бюрократичної моделі до мережевої взаємодії. Це відповідає концепції «collaborative governance» - спільного управління на засадах довіри, прозорості й взаємовигоди. В рамках цієї концепції можна запропонувати наступні реформуючі підходи:

1) формування кластерів «Здоров'я регіону», які об'єднують заклади охорони здоров'я, навчальні заклади, громадські організації та бізнес;

2) розширення програм Public-Private Partnership (PPP) у будівництві та оснащенні медичних закладів (зокрема, для реконструкції та розбудови ЦПМСД у громадах);

3) залучення громадських рад до процесів оцінки якості медичних послуг і планування політики, розвиток інститутів громадського контролю;

4) створення платформи комунікації між громадою, управлінцями та медичними закладами (онлайн-портал «Здоров'я Житомирщини» з відкритими показниками діяльності).

Такі підходи реалізовано в Естонії, Литві та Данії, де мережеві партнерства між муніципалітетами й лікарнями дозволили скоротити адміністративні витрати на 18-25 % [51].

Інноваційне управління вимагає динамічних механізмів оцінки, що базуються на аналітиці, прогнозуванні та зворотному зв'язку:

1) створення системи прогнозової аналітики (predictive analytics) для моделювання сценаріїв епідемічної ситуації, фінансових ризиків, кадрового дефіциту;

2) впровадження «Smart KPI Framework» – інтелектуальної панелі показників для закладів, що поєднує фінансові, клінічні та соціальні індикатори;

3) запровадження системи «громадського аудиту» з використанням відкритих даних МОЗ, НСЗУ, а також результатів оцінки ЕКОПФО (експертних

команд з оцінювання повсякденного функціонування особи), які замінили МСЕК у 2025 р.

4) використання інструментів штучного інтелекту (AI) для аналізу великих масивів даних про стан здоров'я населення, що дозволить покращити планування послуг на місцевому рівні.

Згідно з аналітичним звітом World Health Organization - Digital Health Transformation 2024, впровадження систем штучного інтелекту у сфері управління охороною здоров'я підвищує точність прогнозів і скорочує час реагування на управлінські виклики в середньому на 28 % [63].

Інноваційні підходи до публічного управління охороною здоров'я Житомирської області повинні базуватись на принципах синергії, відкритості, орієнтації на дані та результат, що відповідає Національній стратегії охорони здоров'я України 2021–2030.

Запропонована система інноваційних рішень (цифрова трансформація, фінансові інновації, розвиток компетенцій, партнерські моделі, аналітичний моніторинг) створює передумови для переходу від реактивного до проактивного управління, де держава та громади спільно формують політику, засновану на доказах, технологіях і довірі.

ВИСНОВКИ

У процесі виконання кваліфікаційної роботи було досягнуто мети дослідження - теоретично обґрунтовано, проаналізовано та узагальнено особливості публічного управління розвитком системи охорони здоров'я на регіональному рівні, а також визначено напрями його вдосконалення відповідно до сучасних європейських вимог та національних стратегічних документів.

У результаті теоретичного аналізу встановлено, що публічне управління у сфері охорони здоров'я розглядається як комплексна система державно-громадських взаємодій, спрямована на забезпечення сталого розвитку людського потенціалу через ефективну реалізацію політики охорони здоров'я. Основними принципами сучасного публічного управління виступають відкритість, підзвітність, результативність та партнерство між державою, громадами та громадянським суспільством.

Узагальнення наукових підходів дозволило виокремити концепцію «good governance» як методологічну основу розбудови сучасної регіональної політики у сфері здоров'я.

Аналіз законодавчої бази (Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», підзаконних актів МОЗ та НСЗУ) довів, що Україна має достатньо розвинене нормативне підґрунтя, яке узгоджується з міжнародними стандартами (ВООЗ, ЄС). Водночас виявлено диспропорції між формальними приписами та практикою їх реалізації на регіональному рівні, зумовлені фінансовими, кадровими та інституційними обмеженнями. Необхідним є посилення ролі регіональних органів управління у стратегічному плануванні та контролі за якістю послуг.

Вивчення досвіду Сполученого Королівства (система NHS), Німеччини, Польщі та Литви показало, що ефективність управління забезпечується через децентралізацію функцій, запровадження стандартів ISO 9001 у медичних установах та систематичний аудит результатів надання послуг. Для України

перспективним є впровадження елементів «evidence-based management» і регіональних систем моніторингу на кшталт NHS Digital Dashboard, що відповідає курсу на євроінтеграцію та принципам, визначеним у Національній стратегії охорони здоров'я України 2021–2030 рр.

Дослідження засвідчило, що в регіоні сформована багаторівнева система управління із залученням Житомирської обласної військової адміністрації, департаменту охорони здоров'я, органів місцевого самоврядування та закладів охорони здоров'я. Разом з тим, на основі аналізу даних МОЗ, НСЗУ та дашбордів встановлено територіальну нерівність у доступі до послуг, дисбаланс фінансування між первинною і спеціалізованою ланками, а також недостатню цифрову інтеграцію між суб'єктами управління.

На основі системного аналізу, включно з розробленим SWOT-аналізом, з'ясовано, що сильними сторонами є наявність відносно оновленої інфраструктури, впровадження електронної системи eHealth та ефективна співпраця з НСЗУ. До слабких - кадровий дефіцит, фрагментація управлінських повноважень, нерівномірність фінансування та відсутність сталої системи моніторингу результативності управлінських рішень.

Відповідно до «Стратегії розвитку Житомирської області до 2027 року» визначено місію регіональної політики - створення доступної, інноваційної та орієнтованої на людину системи охорони здоров'я, яка сприяє соціальній стабільності та економічному розвитку. Пріоритетами виступають: цифровізація, кадровий розвиток, розбудова мережі закладів, запровадження механізмів якості на основі ISO 9001, та стимулювання громад до участі в управлінні охороною здоров'я.

Запропоновано комплексне вдосконалення управління через п'ять взаємопов'язаних механізмів: організаційно-інституційний (чіткий розподіл повноважень між МОЗ, НСЗУ, ОВА та громадами); фінансово-економічний (performance-based budgeting, грантова підтримка, прозорість витрат); кадровий (програми безперервного навчання медичних і управлінських кадрів); інформаційно-аналітичний (розвиток регіональної eHealth-екосистеми);

моніторингово-оцінювальний (аудит якості на основі ВІ-аналітики МОЗ). Усі ці підходи узгоджуються з європейською концепцією “Smart governance”.

Рекомендовано посилити використання цифрових інструментів управління (Health Data Analytics, GIS-моделювання, телемедицина), розвиток партнерства між державним, приватним і громадським секторами (public-private-community partnerships), а також інституційну спроможність регіональних рад охорони здоров'я. Інноваційність управління має ґрунтуватися на поєднанні принципів доказовості (evidence-based policy) та участі громадськості у формуванні політик.

Результати дослідження підтверджують, що ефективність публічного управління розвитком сфери охорони здоров'я в Житомирській області залежить від здатності органів влади інтегрувати стратегічне планування, цифровізацію, кадрову політику та фінансову прозорість у єдину систему управління, орієнтовану на потреби громадян. Удосконалення зазначених механізмів є ключем до досягнення регіональних та національних цілей сталого розвитку.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Августин Р. Р., Стахів О. В. Визначення стратегічних пріоритетів управління системи розвитку закладів охорони здоров'я. *Академічні візії*. 2023. Випуск 17. DOI: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7763346>
2. Августин Р., Демків І. Управління кадровим потенціалом закладів охорони здоров'я. *Development Service Industry Management*. 2024. № 2. С. 284-288. DOI: [https://doi.org/10.31891/dsim-2024-6\(45\)](https://doi.org/10.31891/dsim-2024-6(45))
3. Аніщенко М. А. Сфера охорони здоров'я як об'єкт публічного управління. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2023. № 34. С. 31-37. DOI: <https://doi.org/10.32782/pma2663-5240-2023.34.5>
4. Буга В. В., Полтавець А. А. Публічне управління та адміністрування у сфері охорони здоров'я. *Право і суспільство*. 2024. № 4. С. 633-638. DOI: <https://doi.org/10.32842/2078-3736/2024.4.89>
5. Васіна А. Ю., Монастирський Г. Л., Круп'як Л. Б. Розвиток місцевого самоврядування в координатах викликів публічному управлінню. *Наукові перспективи*. 2025. № 1 (55). С. 75-88. DOI: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-1\(55\)-75-88](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-1(55)-75-88)
6. Вербовський І. А., Матвеев В. В. Шляхи вдосконалення впливу цифровізації на ефективність державного управління в Україні. *Економіка. Управління. Інновації*. 2025. № 1 (36). С. 87–106. URL: <https://eprints.zu.edu.ua/44328/>
7. Вольська О. Публічне управління як системне явище в сучасному суспільстві. *Таврійський науковий вісник. Серія: Економіка*. 2020. № 3. С. 15-20. DOI: <https://doi.org/10.32851/2708-0366/2020.3.2>
8. Головне управління статистики у Житомирській області. Офіційний вебсайт. URL: <https://zt.ukrstat.gov.ua/>
9. Державне підприємство «Медичні закупівлі України». Аналітична панель щодо централізованих закупівель лікарських засобів та медичних виробів (ВІ-дашборд). URL: <https://bi.medzakupivli.com/>

10. Державне підприємство «Медичні закупівлі України». Офіційний вебсайт. URL: <https://mpu.gov.ua/uk>
11. Держзакупівлі.Онлайн. Офіційний електронний майданчик в системі публічних закупівель Prozorro [Електронний ресурс]. URL: <https://www.dzo.com.ua>
12. Житомир.info. За перший квартал медзаклади області отримали від НСЗУ 1,3 млрд грн, найбільше – обласна лікарня та житомирська міська №2. URL: https://www.zhitomir.info/news_227718.html
13. Житомирська обласна військова адміністрація. Медичні послуги: 94 медичних заклади Житомирщини вже уклали договори з НСЗУ. URL: <https://oda.zht.gov.ua/news/medychni-poslугy-94-medychnyh-zaklady-zhytomyrshhyny-vzhe-uklaly-dogovory-z-nszu/>
14. Житомирська обласна рада. *Стратегія розвитку Житомирської області на період до 2027 року* [Електронний ресурс] : рішення обласної ради від 10.04.2025 № 889. URL: <https://oda.zht.gov.ua/wp-content/uploads/2025/04/Strategiya-rozvytku-ZHytomyrskoyi-oblasti-na-period-do-2027-roku.pdf>
15. Козаченко Г. В., Сологуб О. В. Механізми публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні: стан і системотворення. *Бізнес Інформ*. 2024. № 2. С. 36-46. DOI: <https://doi.org/10.32983/2222-4459-2024-2-36-46>
16. Конституція України, прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України від 28.06.1996 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>
17. Марухленко О. В. Дискусії щодо поняття «публічне управління». *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Державне управління*. 2019. Том 30 (69), № 4. С. 9-13. DOI: <https://doi.org/10.32838/2663-6468/2019.4/02>
18. Матвеев В. Громадський контроль якості медичних послуг як важливий інструмент ефективного державного регулювання: аналіз обізнаності та думки медиків і пацієнтів щодо тенденцій та викликів в Україні та закордоном.

Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні, 2024. С.253-256. URL: <https://conference.wunu.edu.ua/index.php/itvmpu/article/view/663>.

19. Матвеев В. Законодавче регулювання та організаційні механізми забезпечення якості медичних послуг на регіональному рівні. *Наука і молодь - 2025: пріоритетні напрями глобалізаційних змін: матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції здобувачів вищої освіти і молодих учених* (м. Київ, 23 квітня 2025 р.). Випуск 10. К.: Навчально-науковий інститут менеджменту та психології ДЗВО «Університет менеджменту освіти», 2025. С. 404-406. URL: <http://umo.edu.ua/materiali-konferencij-nimp/materiali-v-mizhnarodnoji-naukovo-praktichnoji-konferenciji-23-kvitnja-2025-r-m-kijiv-nauka-i-molodj--2025-prioritetni-naprjami-ghlobalizacijnikh-zmin>

20. Матвеев В. Зарубіжний досвід децентрації управління системою охорони здоров'я. *Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів : матеріали VI Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар.*, 15 трав. 2025 р. Збараж, 2025.

21. Матвеев В., Вербовський І. Міжгалузеве співробітництво як чинник підвищення якості управління здоров'ям населення регіону. *Збірник тез доповідей наукової конференції викладачів та молодих науковців Житомирського державного університету імені Івана Франка з нагоди Днів науки*, 16-17 трав. 2025 р. Житомир : Житомир. держ. ун-т ім. І. Франка, 2025. С. 548-552. URL: <https://eprints.zu.edu.ua/44668/>

22. Матвеев В., Монастирський Г. Публічна політика розвитку охорони здоров'я регіону: стратегічні напрями та інструменти реалізації. *Збірник наукових праць студентів, магістрантів та викладачів «Науковий пошук молодих дослідників»*. Випуск 18. 2025. С. 494-498. URL: <https://eprints.zu.edu.ua/id/eprint/44884>.

23. Матвеев В.В. Роль кризового менеджменту в публічному управлінні охороною здоров'я регіону (на прикладі пандемій та воєнного часу). *Science and Information Technologies in the Modern World: of the 2nd International Scientific and Practical Conference*. Афіни, 2025. С. 370–373. URL:

conference.com/en/archive/science-and-information-technologies-in-the-modern-world-21-05-25/.

24. Матвеев В.В., Монастирський Г.Л. SWOT-аналіз системи охорони здоров'я Житомирської області: виклики та можливості для інклюзивного суспільства. *Матеріали XII Міжнародної науково-практичної Інтернет-конференції*, 24 квітня 2025 р. Полтава: Національний університет імені Юрія Кондратюка, 2025. С. 239-241

25. Міністерство охорони здоров'я України. Дашборд експертних команд з оцінювання повсякденного функціонування особи (ЕКОПФО). URL: <https://moz.gov.ua/uk/ekopfo>

26. Монастирський Г. Л., Копестинський Т. Й. Аналіз ефективності публічних закупівель в регіоні в умовах воєнного стану. *Наукові перспективи*. 2024. № 3 (45). С. 277-290. DOI: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-3\(45\)-277-290](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-3(45)-277-290)

27. Національна служба здоров'я України. Офіційний вебсайт. URL: <https://nszu.gov.ua/>

28. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>

29. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо реформування медико-соціальної експертизи та впровадження оцінювання повсякденного функціонування особи: Закон України від 19.12.2024 р. № 4170-ІХ. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/4170-20?utm_source=chatgpt.com#Text

30. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>

31. Про затвердження Порядку надання одноразової адресної грошової допомоги випускникам, які закінчили підготовку в інтернатурі за лікарськими спеціальностями: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 30.07.2025 р.

№ 1198. URL: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-30-07-2025-1198-pro-zatverdzhennya-poryadku-nadannya-odnorazovoyi-adresnoyi-groshovoyi-dopomogi-vipuschnikam-yaki-zakinchili-pidgotovku-v-internaturi-za-likarskimi-specialnostyami>

32. Про порядок контролю якості медичної допомоги: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 р. № 752. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12#Text>

33. Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025-2027 роках: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 17.01.2025 р. № 34-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-%D1%80#Text>

34. Про центральні органи виконавчої влади: Закон України від 17.03.2011 р. № 3166-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3166-17#Text>

35. Проєкт «Електронна система охорони здоров'я України» (eHealth). Офіційний вебсайт. URL: <https://ehealth.gov.ua/>

36. Регламент Європейського Парламенту і Ради (ЄС) 2016/679 від 27 квітня 2016 року про захист фізичних осіб у зв'язку з опрацюванням персональних даних і про вільний рух таких даних, та про скасування Директиви 95/46/ЄС (Загальний регламент про захист даних). URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_008-16#Text

37. Страховий адвокат: простір успішних рішень. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я України до 2030 року. URL: <https://insa.com.ua/blog/strategiya-rozvytku-systemy-ohorony-zdorov-ya-ukrayiny-do-2030-roku/>

38. Суспільне. Житомир. Майже шість мільйонів гривень матеріальної допомоги отримали жителі Житомирщини у 2024 році. URL: <https://suspilne.media/zhytomyr/947755-majze-sist-miljoniv-griven-materialnoi-dopomogi-otrimali-ziteli-zitomirsini-u-2024-roci/>

39. Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України. Профілі громадського здоров'я, 2023. Житомирська область

- [Електронний ресурс].
 URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/Profil_2023_Zhytomyrska_oblast.pdf
40. Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України. Офіційний вебсайт. URL: <https://phc.org.ua/>
41. Шкільняк М., Дерпак К., Дерпак Ю. Теоретико-методологічні основи досліджень державної політики щодо модернізації системи надання первинної медичної допомоги. *Сімейна Медицина. Європейські практики*. 2023. № 2. С. 24–29. DOI: <https://doi.org/10.30841/2786-720X.2.2023.282490>
42. Charles A. Integrated care systems explained: Making sense of systems, places and neighbourhoods. 2022. URL: <https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/long-reads/integrated-care-systems-explained>.
43. England. NHS. What are integrated care systems? URL: <https://www.england.nhs.uk/integratedcare/what-is-integrated-care/>
44. George B., Bryson J. M. Strategizing in public management: The concept and its measurement. *International Public Management Journal*. 2025. P. 1-21. DOI: <https://doi.org/10.1080/10967494.2025.2559832>
45. Groene O. Accreditation and ISO Certification: Do They Explain Differences in Quality Management in European Hospitals? *International Journal for Quality in Health Care*. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1093/INTQHC/MZQ054>
46. Johanson J. E., Johnsen A., Pekkola E., Reid S. A. Strategic Management in Finnish and Norwegian Government Agencies. *Administrative Sciences*. 2019. № 9 (4). DOI: <https://doi.org/10.3390/admsci9040080>
47. Matvieiev V. State and prospects of development of rehabilitation assistance in the Zhytomyr region. *Global Trends in Science: Research, Innovation and Development: 1st International Scientific and Practical Conference*. Varna, 2025. P. 176-179. URL: <https://www.eoss-conf.com/en/archive/global-trends-in-science-research-innovation-and-development-23-06-25/>
48. Medplatforma. НСЗУ оприлюднила звіт про витрати медзакладів на ліки та медичні вироби у 2024 році. URL:

<https://medplatforma.com.ua/news/94286-nszu-opryliudnyla-zvit-pro-vytraty-medzakladiv-na-liky-ta-medychni-vyroby-u-2024-rotsi>

49. NHS England. Integrated Care Systems: design framework. Version 1. 2021. Publications approval reference: PAR642. URL: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/06/B0642-ics-design-framework-june-2021.pdf>.

50. OECD Observatory of Public Sector Innovation. Official website. URL: <https://oecd-opsi.org/>

51. Organisation for Economic Co-operation and Development. Official website. URL: <https://www.oecd.org/>

52. Oxford University Press. Oxford Research Encyclopedias. Офіційний вебпортал. URL: <https://oxfordre.com/>

53. Oyr S. F., Braut G. S., Macrae C., Wiig S. Hospital managers' perspectives with implementing quality improvement measures and a new regulatory framework: a qualitative case study. *BMJ Open*. 2020. Vol 10 (12). DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042847>

54. Poister T. H., Pitts D. W., Edwards L. H. Strategic Management Research in the Public Sector: A Review, Synthesis, and Future Directions. *The American Review of Public Administration*. 2010. Volume 40, Issue 5. DOI: <https://doi.org/10.1177/0275074010370617>

55. Public Sector Experts. Public sector strategic planning. URL: <https://www.publicsectorexerts.com/blog/public-sector-news-insights-and-analysis-1/public-sector-strategic-planning-815>

56. Shaw C. D., Groene O., Botje D., Sunol R., Kutryba B., Klazinga N., Bruneau C., Hammer A., Wang A., Arah O. A., Wagner C. The effect of certification and accreditation on quality management in 4 clinical services in 73 European hospitals. *Int J Qual Health Care*. 2014. № 26. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu023>

57. Springer. Official website of the international publisher of scientific, technical and medical content. URL: <https://www.springer.com/gp>

58. Stroińska E. New Public Management as a Tool for Changes in Public Administration. *Journal of Intercultural Management*. 2020. Volume 12, № 4. P. 1-28. DOI: <https://doi.org/10.2478/joim-2020-0048>

59. Tarifi N. A Critical Review of Theoretical Aspects of Strategic Planning and Firm Performance. *Open Journal of Business and Management*, 2021. № 9, P. 1980-1996. DOI: <https://doi.org/10.4236/ojbm.2021.94107>

60. Williams W., Lewis D. Strategic management tools and public sector management. *Public Management Review*. 2008. Volume 10, Issue 5. P. 653-671. DOI: <https://doi.org/10.1080/14719030802264382>

61. World Bank Group. Official website. URL: <https://www.worldbank.org/ext/en/home>

62. World Health Organization Regional Office for Europe. European Observatory on Health Systems and Policies. Official website. URL: <https://eurohealthobservatory.who.int/>

63. World Health Organization. Official website. URL: <https://www.who.int/>

Додаток А

ПРОФІЛІ ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я, 2023
Житомирська область

Центр громадського здоров'я

Ресурси охорони здоров'я.
Діяльність закладів охорони здоров'я

Кількість постійного населення Житомирської області станом на 1 січня 2023 року (наван офіційні дані) становила 1 179 801 осіб, що склало 2,88 % від загального населення України. Із наведених даних тільки частка загальної чисельності лікарів (без зубних) є дещо меншою за частку населення області в структурі населення України. Частки решти показників помітно вищі за частку населення регіону, що говорить про відносно гарну забезпеченість регіону в сфері охорони здоров'я. Помітне табао суттєве перевищення (чисельність середнього медперсоналу) частки майже всіх показників діяльності закладів охорони здоров'я над часткою населення можна пояснити віддаленістю області від ліній бойових атак армії України та РФ.

Показник	Україна	Житомирська обл.	%
Кількість населення	40 997 698	1 179 801	2,88
Число лікарських закладів	1 096	37	3,38
Загальне число лікарів	228 351	7 725	3,38
Число закладів, які надають амб.-поліклінічну допомогу	2 307	97	4,20
Число амб.-поліклінічних закладів, які мають денні стаціонари	1 202	59	4,91
Число лікарів в денних стаціонарах	32 904	1 469	4,46
Пропорціоно хворих в денних стаціонарах	1 203 745	61 914	5,14
Кількість викликів швидкої медичної допомоги	4 660 255	149 349	3,20
Загальна чисельність лікарів (без зубних)	133 237	3 794	2,85
Загальна чисельність середнього медперсоналу	229 368	8 723	3,80

Питома вага показника регіону в Україні за 2023 р., %

Підсумки пандемії COVID-19
в Україні та регіоні
2020-2023 роках

З березня 2020 по червень 2023 року як в цілому в Україні, так і в Житомирській області тривала пандемія COVID-19. За цей період в регіоні було зареєстровано 226 932 підтверджені випадки цієї інфекції або 4,08 % від всіх випадків в Україні, що трохи в 1,42 рази перевищує частку населення області в структурі населен-

ня країни. Це може вказувати як на дещо більшу природну інтенсивність циркуляції збудника в області, ніж в середньому по Україні, так і на більш якісні заходи з виявлення випадків COVID-19, забезпечених розвинутим мережею лікарських закладів. Щодо кількості померлих, то в області % померлих більше % населення області в структурі населення країни. Летальність в області (1,63 %) дещо менша від летальності в цілому по Україні (2,02 %). Промітним є те, що летальність медпрацівників в області також дещо менша, ніж відповідний загальноукраїнський показник.

Показник	Україна	Житомирська обл.	Питома вага, %
Кількість підтверджених випадків COVID-19, всього	5 562 748	226 932	4,08
Померло від COVID-19, всього	112 481	3 694	3,28
Летальність сукупного населення від COVID-19, %	2,02	1,63	-
Кількість випадків COVID-19 серед медпрацівників	154 637	6 273	4,06
Кількість померлих від COVID-19 серед медпрацівників	1 256	41	3,26
Летальність медпрацівників від COVID-19, %	0,81	0,65	-
Питома вага (%) щеплених від COVID-19 серед тих, хто захворює з початку вакцинації	17,1	20,3	-

Найбільш поширені
інфекційні захворювання
регіону

Групою інфекційних захворювань з найбільшими показниками реєстрації як в Україні, так і в Житомирській області є ГРВІ, які майже завжди перевищують показник України. Інші респіраторні інфекції в 2023 році в області мали також високі показники: грип, вітряна віспа та скарлатина (в 1,5-3,5 рази більше, ніж в цілому в Україні). Навпаки, стан захворюваності на кишковий інфекції в Житомирській області кращий, ніж в цілому в Україні: по ГКІ встановлено етіології, ГКІ невідомої етіології – дещо менше, ніж в середньому в Україні, а ротавірусна інфекція в 2 рази менше від загальноукраїнського рівня. Захворюваність на зоонозний сальмонельоз фактично така, як в цілому в Україні. Зоонозна хвороба Лайма в 1,5 разів більше показника України, а лептоспіроз – в 4 рази менше. Аскаридоз в регіоні має показник захворюваності майже такий, як в цілому в Україні.

Профілі громадського здоров'я, 2023. Житомирська область



Інфекції	Україна, на 100 тис. нас.	Житомирська обл., на 100 тис. нас.
ГРВІ	12 749,45	23 400,47
Грип	32,41	58,48
Вітряна віспа	96,64	160,87
Скарлатина	25,48	81,28
ГКІ встановленої етіології	52,93	42,21
ГКІ невідомої етіології	70,01	64,16
Інші (зоонозні) сальмонельози	10,76	10,26
Ротавірусний ентерит	7,32	2,88
Хвороба Лайма	11,98	18,31
Лептоспіроз	1,06	0,25
Аскаридоз	40,56	38,65

Захворюваність в регіоні та в Україні за 2023 р.

Спалахи інфекційних
захворювань в Україні
та регіоні в 2023 р.

Кількість спалахів інфекційних захворювань в 2023 році в Житомирській області становить 3,15% від їх загальної кількості в Україні, що трохи вище частки населення області від загальної кількості населення України (2,88 %), але питома вага кількості випадків в межах зареєстрованих спалахів становить 2,07 %, що є менше від загального показника по Україні.

Середня кількість випадків на 1 спалах (6,50) в регіоні на третину менше від показника України (9,8). Таким чином, інтенсивність спалахів інфекційних хвороб в Житомирській області помітно відрізнялась від загальної в Україні в кращий бік.

Звертає на себе увагу та обставина, що відсоток лабораторно підтверджених випадків інфекційних хвороб в межах спалахів в регіоні становить 46,20 %, тобто суттєво менше, ніж загальноукраїнський показник (78,30 %).

Показник	Україна	Житомирська обл.	Питома вага, %
Кількість спалахів, всього	64	2	3,15
Кількість випадків в межах зареєстрованих спалахів	627	15	2,07
Середня кількість випадків на 1 спалах	9,80	6,50	-
Захворюваність на 100 000 населення в межах спалахів	153	108	-
Лабораторно підтверджені випадки інфекційних хвороб в межах спалахів, %	78,30	46,20	-
Питома вага спалахів кишковий інфекцій, %	89,10	100,00	-

Соціально значущі інфекційні
хвороби

Туберкульоз (ТБ)

В 2023 році в Житомирській області захворюваність на туберкульоз (нові випадки + рецидиви) та смертність від нього були дещо вищими, ніж в цілому в Україні, а захворюваність на ТБ у поєднанні з ВІЛ-інфекцією була 1,54 рази вище, ніж в Україні. При цьому показник захворюваності на ТБ в області серед дитячого населення (0-14 років) був 1,24 рази меншим, ніж загальноукраїнський показник дитячої ТБ-захворюваності (8,4 на 100 тис. нас. проти 10,4 на 100 тис. нас. в Україні). Загалом дещо вищі показники інцидентності та смертності в області в порівнянні із загальноукраїнськими показниками не корелюють з тими факторами, що показують ефективності лікування ТБ практично не відрізняються (або мало відрізняються) від аналогічних загальнонаціональних показників і були в межах від 65,2 % до 76,0 % в області проти 63,2-77,5 % в Україні.

Показник	Україна	Житомирська обл.
Захворюваність на ТБ (нові випадки + рецидиви), на 100 тис. нас.	48,4	60,9
Захворюваність на ТБ у поєднанні з ВІЛ (нові випадки + рецидиви), на 100 тис. населення	8,2	12,6
Захворюваність на ТБ серед дітей віком 0-14 років (нові випадки + рецидиви), на 100 тис. нас.	10,4	8,4
Смертність від ТБ сукупного населення, на 100 тис. нас.	6,9	12,9
Ефективність лікування (нові випадки + рецидиви) ТБ, %	77,5	76,0
Ефективність лікування (нові випадки + рецидиви) ТБ/ВІЛ, %	64,5	65,2
Ефективність лікування (МЛС-ТБ), %	63,2	72,5

Показники ТБ у Житомирській області та в Україні за 2023 р.

ВІЛ/СНІД

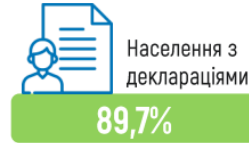
В 2023 році в Житомирській області на облік знаходилось 3 477 осіб з ВІЛ-інфекцією, а яких 402 було вперше виявлено у цьому ж році, що становить відповідно 2,21 % та 3,11 % від показників по Україні.

Кількість новозареєстрованих хворих на СНІД становить 179 осіб, тобто 5,34 % від показника по Україні. Слід зазначити, що в 2023 році число нових смертей від СНІДу в області становило 50 випадків. Це 2,91 % від всіх випадків смертей безпосередньо від СНІДу по всій Україні.

Показник	Україна	Житомирська обл.	%
Кількість населення	40 997 698	1 179 801	2,88
Число нових випадків ВІЛ-інфекції	12 914	402	3,11
Число нових випадків СНІДу	3 351	179	5,34
Число нових смертей від СНІДу	177	50	2,91
Кількість ЛКВ на обліку	157 435	3 477	2,21

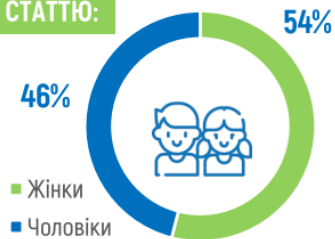
Додаток Б

АНАЛІТИЧНІ ДАНІ. ЖИТОМИРСЬКА ОБЛАСТЬ

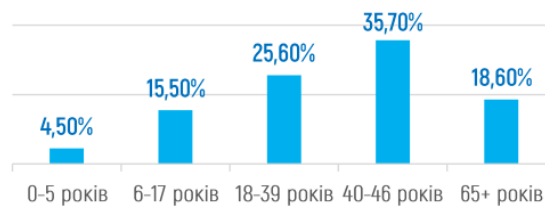
ПЕРВИННА І СПЕЦІАЛІЗОВАНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА
ДЕКЛАРАЦІЇ, ПОДАНІ ЛІКАРЯМ ПМД

РОЗПОДІЛ ДЕКЛАРАЦІЙ

ЗА СТАТТЮ:



ЗА ВІКОВИМИ ГРУПАМИ ПАЦІЄНТІВ



ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ ЛІКАРЯ:



ЗА ФОРМАМИ ВЛАСНОСТІ НАДАВАЧІВ ПОСЛУГ:

Форма власності	Кількість декларацій	Відсоток
Комунальна	939 830	88,8%
Приватна (без ФОП)	79 481	7,5%
ФОП	38 542	3,6%

ЛІКАРІ З ОПТИМАЛЬНИМ ОБСЯГОМ ПРАКТИКИ

Спеціальність лікаря	К-сть лікарів	К-сть лікарів з ООП	% лікарів з ООП
Педіатр	214	34	15,9%
Сімейний лікар	569	144	25,3%
Терапевт	62	2	3,2%
Загалом	845	180	21,3%

ООП – оптимальний обсяг практики

Додаток В



Кабінет отримувача послуг

Авторизація/Реєстрація

Нормативна база

Підтримка

Єдиний вебпортал вакантних посад у закладах охорони здоров'я

Зверніть увагу! Щоб подати свою кандидатуру на вакансію необхідно авторизуватися. • Зверніть увагу

Назва вакансії

Ідентифікатор вакансії



Назва закладу

Кінцевий термін подачі документів





Місцезнаходження ^

Регіон

Район

Населений пункт

Житомирська область X ▾



Показати вакансії:



Лінійні



Конкурсні

Готові взяти
інтерна

Додаток Г

Національна служба здоров'я України

Місця надання послуг медичної допомоги | карта

Головна
Карта
Таблиця

Знайдено місць надання послуг **311**

Пошук за адресою місця надання послуг:

Чинні договори

Код послуги направлення

Спеціалізація персоналу

Медичні втручання

Здійснити пошук за пакетами послуг програми медичних гарантій

Область надання послуг

Житомирська

Громада надання послуг

Усі

Населений пункт

Усі

Форма власності надавача

Усі

Надавач послуг

Усі

Інформацію про надані послуги наведено за період 04.08.2025 - 02.11.2025

Назва надавача послуг	Адреса місця надання послуг (МНП)	Телефон	Напрямок надання допомоги	Показник	Кількість
01991406. КНП "ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ ІМ.О.Ф.ГЕРБАЧЕВСЬКОГО" ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ	ЖИТОМИРСЬКА область, місто ЖИТОМИР, вулиця Червоного Хреста, 3	+380412438740	Спеціалізована	Пакетів послуг	22
01991820. КНП "ЗВ'ЯГЕЛЬСЬКА БАГАТОПРОФІЛЬНА ЛІКАРНЯ" ЗВ'ЯГЕЛЬСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ	ЖИТОМИРСЬКА область, ЗВ'ЯГЕЛЬСЬКИЙ район, місто ЗВ'ЯГЕЛЬ, вулиця Наталії Оржевської, 13	+380686678280, +380414135070	Спеціалізована	Пакетів послуг	21
01991671. КНП "ЖИТОМИРСЬКА БАГАТОПРОФІЛЬНА ОПОРНА ЛІКАРНЯ" НОВОГУЙВИНСЬКОЇ	ЖИТОМИРСЬКА область, ЖИТОМИРСЬКИЙ район, село Станишівка, шосе Сквирське, 3	+380412492738	Спеціалізована	Пакетів послуг	19

← Повернутися
☰ Карта

Додаток Д

